

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

490

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ANSQUER JEAN

né le 12 septembre 1910 à Lanvénehen (Morbihan)

Contribution à l'étude
de
la Lipomatose symétrique diffuse
à
prédominance cervicale

Président : M. GOSSET, Professeur.

IMPRIMERIES REUNIES
22 Rue de Nemours, RENNES

1938

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la Lipomatose symétrique diffuse
à prédominance cervicale



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ANSQUER JEAN

né le 12 septembre 1910 à Lanvégen (Morbihan)

Contribution à l'étude
de
la Lipomatose symétrique diffuse
à
prédominance cervicale

Président : M. GOSSET, Professeur.

IMPRIMERIES REUNIES
22 Rue de Nemours, RENNES

1938

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

ROUVIÈRE,
Léon BINET,
STROHL,
POLONOVSKI,
Robert DEBRÉ,
BRUMPT,
BAUDOUIN,
ABRAMI,
CHEVASSU,
LEROUX,
CHAMPY,
TIFFENEAU,
HARVIER,
TANON,
BALTHAZARD,
LAIGNEL-LAVASTINE,
FIESSINGER,
CHIRAY,
LOEPER,
CARNOT,
CLERC,
Marcel LABBÉ,
LEREBOULLET,
NOBÉCOURT,

H. CLAUDE,
GOUGEROT,
GUILLAIN,
LEMIERRE,
CUNÉO,
GOSSET,
GRÉGOIRE,
LENORMANT,
TERRIEN,
MARION,
COUVELAIRE,
JEANNIN,
LÉVY-SOLAL,
MOCQUOT,
OMBREDANNE,
RATHERY,
LEMAITRE,

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique



Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale.....	CROUZON.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	LANTUÉJOL ..	Obstétrique.
BARIÉTY.....	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAVIER.....	Parasitologie.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.	LELONG.....	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BOULIN.....	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie Chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LÉVY....	Pharmacologie.
CATHALA.....	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
CHEVALLIER.....	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX... ..	Pathologie chirurgicale.
COSTE.....	Pathologie médicale.	MOLLARET.....	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.	MOREAU.....	Pathologie médicale.
FEY.....	Urologie.	MOULONQUET..	Pathologie chirurgicale.
FUNCK.....	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.	PETIT DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL.....	Bactériologie.	PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINE	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD.....	Ophthalmologie.
DE GENNES.....	Pathologie médicale.	RICHET.....	Physiologie.
GIROUD.....	Histologie.	SANNIÉ.....	Chimie biologique.
HAGUENAU.....	Pathologie médicale.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN.....	Oto-rhino-laryngologie	TROISIER.....	Pathologie expérimentale.
HAZARD.....	Pharmacologie.	TURPIN.....	Pathologie médicale.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologique.	VIGNES.....	Obstétrique.
JOANNON.....	Hygiène.	WILMOTH.....	Pathologie chirurgicale.
LACOMME.....	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS. .	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.	LE LORIER.....	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ.....	Pathologie chirurgicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.	VAUDESCAL... .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	Clinique médicale.
AUBERTIN. . . .	Clinique médicale.
BRULÉ.	Clinique médicale.
CHABROL.	Clinique médicale.
DONZELOT.	Clinique médicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.
LIAN.	Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT . .	Clinique médicale.
SÉZARY.	Clinique médicale.

MM.	
BASSET.	Clinique chirurgicale.
BROCC.	Clinique chirurgicale.
CADENAT.	Clinique chirurgicale.
CATELLIER. . . .	Clinique chirurgicale.
MOURE.	Clinique chirurgicale.
QUENU.	Clinique obstétricale.
VELTER.	Clinique obstétricale.
ECALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	Clinique Obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . . .	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.

MM.	
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*en témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A Monsieur le Docteur MARQUIS
Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, en témoignage de notre
profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur GOSSET
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

Hommage de respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

La lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale a été individualisée par Launois et Bensaude en 1898 sous le nom d'adénolipomatose symétrique.

A cette époque, elle avait déjà fait l'objet de nombreuses études.

La première observation en date, se rapportant à cette curieuse affection, est due à un Anglais, Brodie, en 1846.

En 1855, Huguier présenta à la société de chirurgie, un malade porteur de masses lipomateuses symétriques, à la nuque, au tronc, aux membres.

Foucher publie un nouveau cas, en 1863 ; puis on relève les noms de Darbez (1868) Lancereaux, Bucquoy, Dartignolles, Lejars.

Hayem publia plusieurs cas à la Société Médicale des Hôpitaux en 1897.

En Angleterre citons les noms de Mac Cormack, Baker et Bowlby, Roger Williams.

En Allemagne : Langer Bryk, Wirchow et Madelung.

En Russie Tikhoff.

En 1898, Launois et Bensaude dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, firent une étude détaillée, de cette maladie, la séparant d'un certain nombre d'affections, avec lesquelles elle avait été jusqu'alors confondue : lipomes vrais, circonscrits, multiples et symétriques, lipomes congénitaux qui

peuvent être aussi symétriques, pseudo-lipomes sus claviculaires. Ils réunissent 65 observations recueillies tant en France qu'à l'étranger, ils insistent sur la diffusion des masses lipomateuses, leur symétrie, leurs localisations électives ainsi que la présence au milieu de la graisse, de noyaux mal isolés, qu'ils rattachent à des amas de ganglions lymphatiques qui seraient à l'origine de l'affection.

Cette théorie de l'origine ganglionnaire eut d'emblée beaucoup d'admirateurs, mais bien vite aussi vinrent de nouveau détracteurs qui trouvèrent des faits nouveaux à opposer aux nouvelles conceptions dans les thèses de Paris de Tapie (1900), Quiennec (1901), Query (1902).

L'école de Lyon avec Labbé et Ferrand (1901), Jaboulay (1902), Roussel (1906), Poncet (1907) défend l'origine tuberculeuse de la maladie.

En 1908, Caron dans sa thèse soutient la théorie du métamérisme spinal de Brissaud.

En 1909, Lenormant et Verdun, à la Société de Chirurgie, insistent sur le traitement chirurgical de la maladie et donnent les résultats éloignés obtenus dans 21 cas.

En 1911, Binet et Vaivrand présentent un malade porteur d'une tumeur de la région scrotale, le gênant considérablement dans la marche.

En 1913, Achard et Leblanc apportent trois nouvelles observations de lipomatose symétrique cervicale.

En 1914, Lenormant présente un nouveau cas et fait remarquer que le traitement chirurgical dans les formes diffuses, est un traitement plus souvent palliatif que curatif auquel il faut cependant recourir pour éviter des complications parfois graves.

En 1921, Ménard opère son malade après l'avoir sans succès soumis à plusieurs séances de radiothérapie.

En 1924, Ménétrier, Bénard et Derville font une étude anatomo-pathologique détaillée des tumeurs et constatent la parfaite intégrité des ganglions lymphatiques au sein des masses adipeuses.

En 1926, Barboneix et Duruy citent un cas de lipomatose, chez un sujet dystrophique, atteint de diabète insipide et d'infantilisme génital.

En 1929, Olivieri après avoir fait l'ablation de deux masses sus claviculaires chez son malade, le soumet à un traitement endocrinien, à base de thyroïdine qui détermine une régression des masses graisseuses disséminées sur tout le corps.

En 1931, Marsiaj présente à la revue Sud Américaine de Chirurgie, un cas de lipomatose symétrique familiale.

En 1933, Moreira da Fonseca défend l'origine endocrinienne de la maladie qu'il rattache à une insuffisance hypophysaire. Il présente l'observation de deux malades, dont l'un a été considérablement amélioré par le lobe postérieur d'hypophyse.

En 1935, Paul Chevalier obtient une régression très nette des masses adipeuses chez un syphilitique, après trois séries de bismuth.

En 1936, Bocca présente un cas de lipomatose, associée à un érythème polymorphe et il soulève la possibilité de l'origine tuberculeuse de la maladie.

A peu près à la même époque, Paul Michon cite un nouveau cas de lipomatose familiale.

En février 1937, Duvoir Pollet et Herrenschmidt citent le cas tout à fait rare de lipome intramusculaire de la langue chez un sujet atteint de lipomatose cervicale.

Plus récemment encore Faulong et Kipfer (mars 1937), Gouriou, Andoyé et L. Chevalier (octobre 1937) présentent des malades atteints au niveau des membres inférieurs d'un double mal perforant plantaire symétrique avec des troubles vasomoteurs et des troubles de la sensibilité de type syringomyélique.

A la faveur d'une observation recueillie au centre anti-cancéreux de Rennes, et qui nous a été communiquée par M. le Professeur Marquis, nous avons entrepris l'étude générale de la question en nous aidant de tous les travaux parus sur ce sujet et en y apportant quelques nouvelles observations.

ETIOLOGIE

1° L'ÂGE.

C'est avant tout une affection de l'âge adulte apparaissant entre vingt cinq et soixante ans.

On a cité un cas de lipomatose cervicale chez une jeune fille de 12 ans (Holgman in the Lancet 1873), un autre chez une jeune fille de 21 ans (Dartignolles, Soc. Méd. des Hop. 1891) mais ce sont là des faits rares.

2° LE SEXE.

Presque toujours la maladie atteint les hommes. Pour Launois et Bensaude, la femme ne serait atteinte que dans la proportion de 4 %. Sur 54 cas rapportés par Lenormant et Verdun à la Société de Chirurgie un seul cas concerne la femme. Ceci est d'autant plus remarquable que la maladie de Dercun est presque toujours l'apanage exclusif de la femme, et que les lipomes simples, pseudolipomes sus claviculaires de Potain et l'obésité simple se voit chez elle, avec une fréquence bien plus grande que chez l'homme.

3° L'HÉRÉDITÉ.

On trouve dans la littérature médicale de nombreux cas où l'influence de l'hérédité semble incontestable. Mme Astaouroff cite le cas de Sinhuber où deux frères

présentaient les lipomes symétriques au dos et au thorax ; le cas de Clève, qui opéra successivement à 13 ans d'intervalle, le père et le fils atteints de la lipomatose symétrique cervicale ; le cas de Blascko où des lipomes multiples atteignent tous les membres mâles d'une même famille, à l'exclusion des ascendants et descendants féminins.

Strisower rapport l'histoire de deux frères atteints de lipomatose symétrique du cou.

Des faits analogues sont décrits dans les observations de Chevers, Irving, Martin, Variot et Duhot.

Plus récemment Marsiaj rapporte à la Société Sud-Américaine de Chirurgie (1931) le cas de deux frères issus d'un père qui présentait une lipomatose sus claviculaire du type Verneuil-Potain, atteints tous deux de lipomatose cervicale.

Paul Michon (1936) présente un cas typique de lipomatose familiale : « Le grand'père du malade était
« porteur d'une tuméfaction en collier, absolument
« analogue à la sienne, et sa sœur présentait symétri-
« quement au-dessus de chaque clavicule une masse
« lipomateuse du volume d'une mandarine ».

El. Gebali (Thèse de Lyon 1937) cite le cas de Miller qui a décrit une lipomatose multiple symétrique, chez une mère et ses deux enfants, la répartition et le nombre des tumeurs étant identiques chez les trois personnes, le cas d'Hellier qui rapporte l'observation d'un homme et d'une femme atteints de lipomatose symétrique, qui se marient et qui ont cinq filles sur huit atteintes de la même affection.

4° L'ALCOOLISME.

De tout temps on a noté la fréquence de l'intoxication éthylique chez ces malades. Roger Williams disait que la lipomatose est aussi vieille que l'habitude de boire de grandes quantités de bière.

Pour Lannois et Bensaude 30 % des malades seraient éthyliques; pour Terron 58 %, pour Moréira da Fonseca 40 %.

Mme Astaouroff sur 31 cas étudiés trouve 18 alcooliques et elle ajoute : « L'affection apparaît surtout « chez les ouvriers et les journaliers qui boivent sec. « L'alcoolisme est-il moins fréquent chez les ouvriers « en général, que chez ceux qui sont atteints de cette « affection ? c'est ce qu'il aurait fallu démontrer et « c'est ce à quoi aucun des adeptes du rôle étiologique « de l'alcool n'a pensé ».

Il est possible cependant que l'alcool en troublant et ralentissant la nutrition favorise la formation des lipômes.

5° LES INFECTIONS.

On a voulu faire jouer un rôle aux diverses infections et principalement à la tuberculose et à la syphilis.

Labbé et Ferrand, puis l'école Lyonnaise, avec Jaboulay, Poncet et Leriche se sont fait les défenseurs de la théorie tuberculeuse exposée dans la thèse de Roussel (Lyon 1904). Pour Poncet les troubles circulatoires engendrés par la tuberculose sont au premier rang des maladies qui font de l'hyperplasie, et la toxine tuberculeuse exerce dans certains cas, une action élective sur les formations graisseuses.

Cette théorie a été également défendue par Millian et Brizard qui présentent à la Société Française de Dermatologie (1920) un cas de lipomatose symétrique chez un tuberculeux, par Bocca qui publie dans le *Documentaire Médical* (juin 1936) une observation de lipomatose symétrique associée à un érythème polymorphe.

En 1935 Paul Chevalier communique à la Société de Dermatologie, un cas de lipomatose symétrique cervicale chez un syphilitique qui aurait regressé après trois séries de Bismuth, mais nous verrons qu'il y a lieu de faire des réserves sur ce cas.

Pozzi a signalé un cas de lipomatose symétrique consécutive à une septicémie purpurale (*Revue de chirurgie* 1910).

6° On a également incriminé la suralimentation principalement en corps gras : le malade de Paul Michon abusait des œufs et absorbait chaque nuit un litre et demi de lait non écrémé.

PATHOGÉNIE

De nombreuses théories ont été émises sur la pathogénie de l'affection que nous étudions ; toutes sont ingénieuses, mais aucune cependant ne donne entière satisfaction, et l'accord est loin d'être fait sur l'origine de cette curieuse maladie.

Nous ne signalerons qu'à titre historique les théories de Hunter, qui faisait des lipomes un produit de sécrétion glandulaire spécial ; de Morgagni pour qui la formation des lipomes était due au relâchement de la peau. Pour Leclerc et Wirchow, les frottements, les pressions continues, déterminent une irritation du tissu graisseux sous cutané qui prolifère. Cette théorie fournit l'explication d'un certain nombre de lipomes : lipômes du dos chez le porteur de halles, de l'épaule chez le fantassin ; des cuisses chez le cavalier, mais ne peut expliquer la symétrie et la localisation en des régions qui ne sont pas des points de contact.

Grosch explique le développement de la lipômatose par des troubles trophonévrotiques des glandes cutanées : « L'élimination de la graisse se faisant par les glandes de la peau, tout trouble survenant dans leur fonctionnement se traduira par une adipose partielle au niveau des glandes lésées. » Cette théorie a été rapidement abandonnée, elle ne peut expliquer la formation des tumeurs profondes, sous aponévrotiques.

En 1898, Launois et Bensaude attribuèrent à la maladie une origine ganglionnaire et proposèrent de la

dénommer : « Adénolipomatose symétrique » dénomination qui a prévalu et sous laquelle on la désigne encore généralement aujourd'hui.

Ils se basaient :

a) Sur les localisations fréquentes des tumeurs dans les régions ganglionnaires.

« Il est vrai, disent-ils, que l'on pourrait s'étonner
« des localisations fréquentes au voisinage des gan-
« glions non ordinairement décrits dans les classiques,
« mais cette prédilection pour certains groupes gan-
« glionnaires, constitue encore, une particularité de la
« pathologie lymphatique que l'on retrouve dans la
« syphilis, l'infection chancreuse et même les infec-
« tions non spécifiques ».

b) Sur l'existence en certains points de la masse graisseuse, d'amas ganglionnaires, et ils citent le cas du malade de Hayem opéré par Delbet, chez lequel il existait des ganglions noirâtres au sein du tissu adipeux.

c) Sur les variations de volume de la tumeur.

d) Sur l'hypertrophie fréquente de la rate.

Cette théorie combattue par Delbet, Tuffier, Le Dentu, Lejars (Soc. de Chir. 1904), Crémieux (Thèse de Montpellier 1904) est à peu près abandonnée aujourd'hui.

Des examens histologiques ont montré en effet que les nodosités qui avaient été prises pour des amas ganglionnaires n'étaient que du tissu adipeux condensé et que les ganglions rencontrés parfois au sein de la masse graisseuse, ne présentaient aucune altération.

D'autre part il est actuellement bien établi que les masses lipômateuses se développent dans des régions absolument dépourvues de ganglions.

Cependant dans une récente communication à la Société de Dermatologie (1935) Paul Chevalier reprend la Théorie de l'origine ganglionnaire de la maladie et la présente comme une lipomatose adénophagique : mais il semble qu'il s'agissait plutôt chez son malade, selon l'opinion de Milian et Gougerot, de lésions gommeuses syphilitiques, entourées d'une gangue lipomateuse (Gougerot, *Annales des maladies vénériennes*, sept. 1923).

Nous avons déjà parlé, au chapitre étiologie de la théorie tuberculeuse, soutenue par Poncet dans la thèse de Roussel, basée sur la coexistence fréquente des tumeurs bénignes et de la tuberculose. D'après cette théorie l'adénolipomatose de Launois et Bensaude, n'est dans bien des cas qu'une réaction graisseuse autour d'un ganglion scrofuleux. Mais il existe des lipomatoses fréquentes en dehors de toute tuberculose, et des inoculations pratiquées n'ont donné aucun résultat.

Plus défendables semblent être la théorie nerveuse et la théorie des glandes endocrines.

La théorie nerveuse défendue par Mathieu qui écrivait dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1880 : « Il « semble que sous l'influence d'une viciation de l'ac-
« tion trophique du système nerveux il puisse se faire
« une surcharge graisseuse des éléments cellulaires
« de l'hypoderme, au même titre qu'il peut se faire
« une infiltration myxoedémateuse interstitielle » est basée :

a) sur la coexistence de la maladie avec des troubles nerveux d'origine centrale ou péricéphérique : avec l'épilepsie (Kemp), avec le tabès (Madelung et Bouju), avec la paralysie générale (Targowla, Féré et Francillon).

b) Sur la répartition symétrique des lipômes :

Pour Caron la répartition a lieu suivant les zones de segmentation primitive ; il soutient la théorie du métamérisme spinal de Reclus et Brissaud, qui fait rentrer la lipomatose dans le cadre des embryomes.

Les troubles trophiques observés chez un certain nombre de malades au niveau des membres inférieurs : ulcérations, maux perforants plantaires, troubles de type syringomyélique, seraient un argument en faveur de cette théorie.

Cependant l'absence de topographie radiculaire, dans la distribution des masses lipomateuses de même que dans les troubles de la sensibilité n'est pas en faveur de cette origine. De plus la lipomatose est à prédominance cervicale, et seuls les membres inférieurs sont atteints de troubles trophiques, les membres supérieurs demeurant indemnes.

Nous préférons la théorie endocrinienne en nous basant aussi bien sur des constatations anatomo-pathologiques que thérapeutiques.

Cette théorie des glandes endocrines a été émise en 1888 par Madelung qui constata l'absence de corps thyroïde chez un malade qu'il avait opéré.

Plus tard Klausner et Turk attirent de nouveau l'attention sur la réduction du volume du corps thyroïde chez des adénolipomateux opérés par eux.

En 1903 Rothman présente un malade considérablement amélioré par l'opothérapie thyroïdienne.

En 1909 Lenormant présente un malade qui semblait atteint d'insuffisance thyrotesticulaire. Il extirpa la masse graisseuse cervicale et obtint une réduction des autres tumeurs par l'administration de thyroïdine.

Le malade d'Olivieri présentait une infiltration myxoedémateuse avec un certain degré de frigidité et fut également amélioré par l'opothérapie thyroïdienne.

La thyroïde n'est pas la seule glande touchée; on constate assez souvent une atrophie des testicules avec ou sans diminution des fonctions génésiques (Wirschow, Cabanès, Dalché, Muller, Barboneix et Duruy, Hazegawa, Favre, Gouriou et Andoyé).

Dieulafoy a constaté, dans un cas avec autopsie, l'augmentation de l'hypophyse, Baumel et Giraud ont vérifié par la radio l'augmentation de la selle turcique; Barboneix et Duruy présentent un cas de lipomatose développée chez un sujet dystrophique atteint de l'infantilisme génital et de diabète insipide.

Pour Moréira da Fonseca le lobe postérieur de l'hypophyse est le grand responsable dans la pathogénie de la lipomatose, parce qu'il est chargé du métabolisme des graisses. « Nous sommes convaincus, dit-il, « que la lipomatose symétrique est d'origine endocrino-sympathique, c'est-à-dire insuffisance hypophysaire, « troubles trophiques dus au système végétatif avec « hypofonction génital et thyroïdienne ».

Il cite le cas de Madelung : « Un enfant de 6 ans « ayant reçu une balle de carabine Flaubert dans la « selle turcique devient rapidement obèse, son poids « montant de 19 à 42 kgs. ». Le cas de Maranon de Puetos : « Un enfant de 13 ans, ayant reçu une balle « au niveau de la région frontale supérieure, un mois « après il apparaît une forte polyurie accompagnée de

« Polypsie, d'obésité abdominale et d'insuffisance générale. L'autopsie a montré le projectile insinué au fond de l'haste pituitaire ».

Cette théorie est encore discutable cependant, en effet on note très fréquemment l'insuccès du traitement endocrinien et dans bien des cas on a constaté l'intégrité du moins apparente des glandes à sécrétion interne. C'est pourtant celle qui nous semble la plus satisfaisante et qui nous donne la meilleure explication des divers troubles observés : la formation des masses lipomateuses, les troubles vasomoteurs et trophiques, l'asthénie, la céphalée, les troubles sensoriels pouvant se rattacher au dysfonctionnement endocrinopathique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lipomatose symétrique diffuse à tendance cervicale se caractérise par des masses à disposition symétrique, de consistance molle ou renittente, siégeant principalement à la région cervicale, assez souvent aux aisselles, parfois dans le plastron thoraco-abdominal, aux lombes, aux aînes.

Ces masses sont volumineuses, diffuses à contours mal limitées, adhérentes au plan profond, car elles siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, adhérentes parfois à la peau qui peut présenter à leur surface un certain degré d'infiltration oédémateuse, mais garde, dans la plupart des cas, son aspect normal.

Elles peuvent envoyer des prolongements qui traversent les aponévroses et envahissent les interstices musculaires. Chez un malade de Lejars, le lipome situé entre le sterno-mastoïdien et le trapèze s'étendait même à travers ces muscles.

Lenormant et Verdun rapportent une observation intéressante où « émergeant de dessous le trapèze la « masse grasseuse s'épanouissait dans le creux sus-claviculaire, puis rencontrait l'os, se dédoublait une « portion passant en avant de l'autre en arrière de la « clavicule, à laquelle elle adhérait de façon intime, « se continuant enfin en avant et en arrière de l'aponévrose clavi-coraco-axillaire à laquelle elle adhérait « intimement ».

Dans un cas de Bryk la masse grasseuse s'insinuait entre le larynx et le pharynx. Chez le malade que nous présentons, elle était fusionnée avec la glande sous maxillaire et émettait des prolongements vers la base du crâne.

A la coupe les tumeurs se montrent formées d'un tissu blanc jaunâtre, de consistance molle, ayant les caractères du tissu grasseux sous-cutané ordinaire. Des cloisons fibreuses les divisent en lobes et lobules.

Des nodules plus denses se rencontrent par places formés par des tissus grasseux plus condensés ainsi que le confirme l'examen histologique, qui montre la même constitution que dans le tissu grasseux sous-cutané, mais avec une ordination indépendante en tumeur distincte et un développement indépendant des cellules grasseuses considérées individuellement.

Les ganglions rencontrés parfois au sein de la masse grasseuse, en sont indépendants, simplement juxtaposés, aux lobules adipeux avoisinants. L'examen microscopique ne montre aucune altération de leur structure histologique, qui est exactement semblable à celle de l'état normal sans mélange d'éléments adipeux.

Ménétrier, Bénard et Derville faisant l'étude chimique de la graisse de ces néoformations, la trouvent légèrement différente de la graisse normale de l'homme, de par la valeur élevée de son indice d'iode qui la rapprocherait de certaines graisses d'origine végétale.

L'examen chimique d'une masse grasseuse leur a donné les chiffres suivants :

Indice de saponification.....	190
Indice d'iode de Hubel.....	78,6
Indice de réfraction.....	1,4692

SYMPTOMATOLOGIE

La lipomatose symétrique à tendance cervicale produit « des déformations caractéristiques et toujours semblables à elles-mêmes » si bien que le meilleur symptôme de la maladie est l'aspect même du malade.

A la partie antérieure du cou les tumeurs occupent les régions sus hyoïdienne, médiane et latérale et forment un menton à double ou triple étage; pouvant retomber sur le sternum, donnant l'aspect du cou proconsulaire.

Elles se prolongent sur les côtés vers les régions deltoïdienne, parotidienne, maxillaire, prenant l'aspect d'un énorme croissant à concavité supérieure.

La tuméfaction sous mentonnière peut faire défaut et être remplacée par deux tumeurs siégeant symétriquement de chaque côté des angles de la mâchoire.

Sur les parties latérales de la face apparaissent des formations similaires, aux régions parotidiennes et préauriculaires. Ces dernières sont généralement petites, tantôt arrondies, tantôt allongées sous forme d'une amande.

A la nuque on observe deux masses lipomateuses, dans les fossettes retromastoïdiennes, en parties cachées par les cheveux.

Au dessous du niveau de l'apophyse de la 7^e cervicale, on constate soit une seule tumeur impaire et médiane, les trois tumeurs reproduisent alors, la forme

d'un feuillet de trèfle, soit deux tumeurs paires et symétriques, séparées des précédentes et entre elles, par deux sillons perpendiculaires, et rappelant par leur disposition les tubercules quadrijumeaux.

Ces tumeurs en se développant finissent par s'accoler les unes aux autres, entourant le cou d'une énorme collerette.

Wirchow cite le cas d'un malade dont le cou mesurait 60 cm., Cabanès 67 cm., Sédillot 80 cm., Gouriou, Audoyé et L. Chevalier 64 cm.

La face et la tête conservant leurs dimensions normales, il en résulte que les masses cervicales donnent au malade un aspect particulier bien décrit par Hayem : « Le volume du cou et de la tête allant progressivement en décroissant de bas en haut, il en résulte « que l'extrémité céphalique depuis les épaules jusqu'au sommet du vertex a la forme d'une pyramide « tronquée à base inférieure et à sommet supérieur ». Le malade a la tête en poire.

Rarement le cou reste la seule région touchée. Le plus souvent à côté des masses cervicales, on ne rencontre d'autres en différents points de l'organisme.

La ceinture scapulaire se trouve souvent touchée, les fosses sus sternales et sus claviculaires, sus et sous épineuses se trouvent souvent déformées par des masses sous cutanées.

Le dos et la région lombaire peuvent être atteints et au niveau de la poitrine on peut noter une surcharge graisseuse des seins.

« L'abdomen est souvent déformé et on note soit « une série de petits lipomes diffus, étagés devant les « muscles droits, et vallonant la paroi de chaque côté

« de la ligne blanche, soit des sillons longitudinaux
« limitant des bourrelets parallèles des cascades grai-
« seuses, » (Blindman).

Exceptionnellement le scrotum est atteint, mais l'infiltration peut être telle que le malade est gêné dans le coït et la marche (Binet et Vaivrand).

A la racine des cuisses on rencontre fréquemment des tumeurs mollasses, transversalement allongées, parallèles au pli de l'aîne simulant de loin de volumineuses hernies.

D'autres lipomes peuvent se trouver au niveau du triangle de Scarpa.

Poulet dans son traité de pathologie externe cite le cas d'un malade porteur de 2.080 lipomes.

Les extrémités demeurent généralement indemnes. La peau ne présente généralement pas de modifications au niveau des tumeurs. On a noté cependant dans certains cas un écartement des follicules dû à la distension, un peu de rougeur, un peu d'eczéma dû au frottement.

La consistance des tumeurs est variable, molle, pâteuse allant parfois jusqu'à donner la sensation de fausse fluctuation, elle est en d'autres termes, renitente, les tumeurs de la nuque, étant presque toujours plus dures que celles de la région cervicale antérieure.

Cette consistance n'est pas toujours uniforme, au sein de la masse grasseuse on trouve parfois des masses plus fermes qui ont été prises par des amas ganglionnaires.

L'examen histologique a montré qu'elles étaient constituées par des nodules graisseux plus denses.

Le contour des tumeurs est généralement imprécis, elles diffusent vers les régions voisines. Elles sont

immobiles, adhérentes à la peau et au plan sous jacent. Généralement indolentes, spontanément et à la pression, elles peuvent parfois être le siège de phénomènes douloureux.

Chez le malade que nous présentons l'apparition des masses était précédée de douleurs sourdes qui disparaissaient avec le développement de celles-ci.

Certains malades ne supportent qu'avec peine les frottements provoqués par les vêtements sur les tumeurs.

Les différents troubles observés sont le plus souvent dûs à la compression exercée par les tumeurs. On observe parfois, de la cyanose de la face, un développement anormal de la circulation veineuse du cou et du thorax, des troubles respiratoires et nerveux: toux dyspnée à intensité variable, raucité de la voix. Dans un cas de Péan la parole était gênée; il en est de même dans un cas signalé par Fiesinger et Ravina où un examen laryngologique fut pratiqué.

Alors même qu'il n'y a que peu de troubles fonctionnels, plusieurs auteurs ont signalés des signes de compression des organes du médiastin; Myosis, inégalité pupillaire, respiration soufflante.

Ces accidents peuvent dans certains cas revêtir une intensité telle qu'ils menacent la vie du malade et nécessitent une opération d'urgence, tel le cas de Madelung où le malade fut opéré « à la veille d'être étouffé par sa graisse », le cas de Hayem qui se termina par la mort subite.

Caron signale l'existence d'une paralysie radiale chez un de ses malades, à la suite d'une tumeur développée dans le sillon deltoïdo-bicipital.

On a également observé de la compression de la moëlle par des lipomes intra-rachidiens donnant lieu, à de la contracture des membres inférieurs (Devic, Loras et H. Blanc).

Des troubles trophiques associés à des troubles vaso-moteurs et sensitifs ne sont pas rares au niveau des membres inférieurs; les malades présentés par l'aulong et Kipfer, Gouriou, Andoyé et L. Chevalier, Achard et Leblanc, Danlos et Sourdel sont atteints d'un double mal perforant plantaire avec troubles sensitifs de type syringomyélique.

Rien n'est plus variable que l'état général. Le plus souvent il est peu touché; presque toujours cependant un certain degré d'asthénie accompagne le développement des masses lipomateuses. L'amaigrissement parfois observé est presque toujours dû à une maladie concomitante, tuberculose, cancer, diabète, albuminurie.

Caron dans sa thèse cite quatre observations où il a trouvé ses malades : « apathiques, déprimés, offrant un faciès misérable, voûtés, ramassés sur eux-mêmes » et il attribue cet état à l'alcoolisme et aux conditions de misère physiologique dans laquelle vivent ces sujets.

L'examen des différents appareils montre : du côté du système nerveux, en plus des troubles de compression et des troubles vaso-moteurs et sensitifs déjà signalés au membres inférieurs, assez souvent des modifications du psychisme : irritabilité, tristesse profonde, pouvant aller jusqu'à la mélancolie, perte de la mémoire, intelligence médiocre : « Ceci pouvant s'expliquer par la conscience qu'ont les malades d'être devenus la risée de leur entourage, et l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de travailler » (Mme Astaouroff).

Au point de vue digestif on note des troubles en rapport avec l'éthylisme.

Des troubles endocriniens sont souvent observés : le corps thyroïde quelquefois augmente de volume (Levai et Schein) est beaucoup plus souvent très réduit (Madelung, Rothman, Turk).

Les testicules peuvent être atrophiés (Cade et Cordier, Barboneix et Duruy, Lenormant et Verdun, Hazegawa, Marsiaj, Favre, Olivieri).

Moréira da Fonseca, insiste sur les lésions de l'hypophyse.

Les urines ne contiennent généralement ni sucre, ni albumine, mais l'élimination de l'urée est souvent diminuée, celle des chlorures augmentée.

Les autres appareils, cœur et poumons, ne présentent rien de particulier.

Il y a lieu de signaler encore cependant quelques troubles sensoriels consistant en vertiges, bourdonnements d'oreilles, sensations de brouillard devant les yeux, diminution du champ visuel, comme chez notre malade, troubles plutôt rares et souvent passagers.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le plus souvent les tumeurs apparaissent insidieusement, leur développement est lent et progressif; ce n'est que lorsqu'elles ont acquis un certain volume que le malade s'aperçoit de leur présence, par hasard, parfois même averti par son entourage.

Dans certains cas cependant à la suite d'une infection quelconque, ou même sans cause connue, les tumeurs augmentent rapidement de volume.

C'est le cas de notre malade qui voit son cou grossir rapidement à la suite d'une angine. Le malade de Bocca voit ses masses lipomateuses s'accroître considérablement en même temps qu'il apparaît une poussée d'érythème polymorphe.

Les lipomes débutent généralement à la région cervicale, mais ce n'est pas constant, ils peuvent apparaître d'abord en d'autres régions; à la région lombaire, à la racine des membres, au thorax.

Ils sont tantôt pairs et disposé symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, tantôt impairs et médians.

En général leur accroissement est simultané, mais il existe des cas où la tumeur d'abord unilatérale, devient bilatérale ensuite tout en conservant une prédominance unilatérale.

L'évolution n'est pas toujours progressive, elle peut se faire par poussée et arrivées à un certain stade de

leur développement, les tumeurs peuvent rester stationnaires pendant des années et être le siège de nouvelles poussées qui les font rapidement augmenter de volume.

On a ainsi signalé des poussées survenant à l'occasion des règles chez les femmes dont les masses adipeuses étaient depuis plusieurs années stationnaires (Tapie).

Dans un certain nombre de cas, on a observé des variations de volumes des lipomes et Launois et Bensaude en faisaient un argument en faveur de leur théorie ganglionnaire.

Le cas de Brodie qui aurait vu la résolution complète chez un de ses malades est discuté.

Le volume des tumeurs reste indépendant des oscillations de la nutrition, le malade peut être affaibli, par telle ou telle maladie cachectisante, sans que les tumeurs diminuent.

Le pronostic n'est pas mauvais si l'on envisage le pronostic *quoad vitam*.

Les tumeurs constituent des tumeurs essentiellement bénignes, ainsi que l'a démontré l'examen histologique. En dehors des rares cas où le malade succombe à un accès de suffocation, cas de Mauclaire où le malade est mort cyanosé et asphyxié la mort est due à une maladie intercurrente.

DIAGNOSTIC

Parmi les affections avec lesquelles on peut confondre les lipomatoses symétriques à tendance cervicale, nous signalerons, d'abord, les diverses autres variétés de lipomatose, puis les tumeurs de la région cervicale qui peuvent simuler cette affection.

La lipomatose symétrique diffuse sans prédominance cervicale, isolée par Mosny et Beaufumé à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1902, est caractérisée par un développement énorme des masses adipeuses, au niveau du tronc et de la racine des membres, le cou étant indemne.

La lipomatose multiple circonscrite bien étudiée par Queinnec (Thèse de Paris 1900), Crémieux (Thèse de Montpellier 1904), par Roch (1911) sous le nom de lipomatose discrète, par Paillard (1925) sous le nom de lipomatose nodulaire multiple, par Léri (1926), Loeper, Perrault et Parrot (1937) sous le nom de lipomatose multiple mésosomatique se caractérise par des tumeurs bien limitées, circonscrites dont le volume varie entre celui d'un pois et d'une mandarine, et dont le nombre variable est entre vingt et cinquante, mais peut atteindre cent et plus.

Ces nodosités n'adhèrent jamais au plan profond, elles restent localisées au tronc, à la ceinture et à la racine des membres.

Dans la lipomatose symétrique à prédominance abdominale, il existe des énormes masses lipomateuses, au niveau de l'abdomen et parfois au thorax, le cou n'est pas touché (Obs. de Jouon, Pagniez, Burnier).

L'adipose douloureuse de Dercum se voit surtout chez la femme, au moment de la ménopause, elle est caractérisée par des douleurs, de l'asthénie, des troubles psychiques, la disposition de la graisse en nappe, en bourrelets, au niveau du tronc et de la racine des membres sans aucune symétrie.

Dans l'obésité simple les masses graisseuses sont plus diffuses, moins indépendantes les unes des autres, plus généralisées, et d'autre part l'on trouvera les signes habituels d'adipose viscérale ou préviscérale.

Dans la lipodystrophie ou malaise de Barroquin-Simmons il existe de la maigreur de la partie supérieure du corps et une adiposité diffuse de la partie inférieure.

La pseudo lipomatose sus claviculaire de Verneuil-Potain s'observe surtout chez la femme et siège primitivement dans les régions sus claviculaires. Apparaissant de façon soudaine, les tumeurs coexistent souvent avec de l'œdème cutané, et presque toujours avec les manifestations multiples de l'arthritisme et du rhumatisme, elles changent fréquemment de forme et de volume.

Un examen attentif permettra d'éliminer les adénites bacillaires et syphilitiques, par leur coexistence avec d'autres lésions, la réaction sérologique.

La lymphogranulomatose ou maladie de Hodgkins, se caractérise par les troubles généraux qui l'accompagnent, son évolution rapide, ses localisations unique-

ment ganglionnaires, les modifications sanguines (eosinophilie), l'hypertrophie de la rate, la pigmentation de la peau, le prurit.

L'adénolymphocèle siège également dans les régions ganglionnaires, s'accompagne de dilatation des vaisseaux lymphatiques et retentit sur les ganglions à distance.

Le goître se distingue par sa mobilité, l'élévation de la tumeur avec le pharynx dans les mouvements de déglutition, les battements synchrones aux battements artériels.

Les kystes sébacés siègent dans la peau et n'offrent pas les caractères diffus et symétriques de la lipomatose.

Les fibromes de la nuque offrent une consistance plus ferme et ont un développement plus rapide.

Le branchiome, a une évolution rapide, une consistance dure, il adhère précocement aux organes voisins et provoque des douleurs intolérables.

Le lipome périostique apparaît généralement à la naissance, est adhérent au plan profond, présente une résistance spéciale au toucher, la radio permet de voir la prolifération osseuse.

Les tumeurs siégeant au dessus du manubrium, ne devront pas être confondues avec un anévrisme de l'aorte, auquel elles peuvent faire penser par les accès d'oppression qu'elles provoquent parfois par suite de leur augmentation brusque de volume, sous l'influence d'un effort quelconque. « Elles sont parfois même animées de battements; transmis par l'artère sous jacente, mais l'absence de frémissement permettra de faire le diagnostic ». Rouyère.

Chez le malade que nous présentons, la prédominance des masses à la région sous maxillaire jointe à la soif intense dont il était atteint pouvait faire penser à une maladie de Mickulicz, mais il n'existait pas d'hypertrophie des glandes lacrymales et la présence d'autres masses en différentes régions du corps permettait de faire facilement le diagnostic.

TRAITEMENT

Le traitement de la lipomatose peut être médical ou chirurgical.

Le traitement par les pommades fondantes, mercurielles, à l'iodure de potassium, par la teinture d'iode, n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

Avec la théorie ganglionnaire de Launois et Bensaude, la médication arsénicale fut mise en honneur, mais ne donna pas les résultats escomptés.

L'opothérapie thyroïdienne a donné des résultats inconstants.

Mme Astaouroff, dans sa thèse cite les cas de Rothman, Guidiceanden, Ewald, Turck, Langer qui obtinrent de bons résultats par l'administration de thyroïdine. Par contre Von Brung, Cabanès, Caron, Levai, Schein, Mills, Bowen, Rathery et Binet, Martin, n'obtinrent aucune amélioration par cette médication.

Plus récemment Olivieri, Gouriou, Audoyé et L. Chevalier ont obtenu une diminution très nette des masses lipomateuses par l'opothérapie thyroïdienne, alors qu'employée dans de nombreux autres cas, elle n'a donné aucun résultat.

Moréira da Fonseca obtient des résultats remarquables chez un de ses malades par la médication hypophysaire alors que chez un autre soumis au même traitement les tumeurs restèrent stationnaires.

Il propose d'associer à la médication hypophysaire les préparations des glandes génitales et thyroïdiennes.

Cette thérapeutique employée chez notre malade a déterminé une amélioration de l'état général, mais n'a pas eu d'influence sur les tumeurs.

Le cas du Docteur Onimus qui obtint une fonte des masses graisseuses, par des applications de courant continu, est unique dans la littérature médicale.

La radiothérapie aurait également donné certaines améliorations à Delherm, Arrou, mais Murard, Gouriou, Audoyé et L. Chevalier n'obtinrent pas de résultats appréciables après plusieurs applications.

C'est encore en dernier lieu le traitement chirurgical qui demeure le traitement le plus efficace de la lipomatose diffuse cervicale.

L'opération chirurgicale ne constitue pas une intervention absolument bénigne ; les tumeurs adhèrent à la peau, aux muscles sus hyoïdiens, à la trachée, poussant des prolongements sous les muscles sterno-mastoïdiens et vers les vaisseaux du cou. Il faut poursuivre ces prolongements assez loin d'où risques d'hémorragies.

De par sa consistance molle, la tumeur se déchire sous les doigts, sous les pinces ; on est obligé de disséquer la peau, les muscles, de râcler les aponévroses. Toutes ces dissections sont longues et laborieuses, elles sont nécessaires cependant « car les laisser en place « des prolongements, c'est s'exposer aux récidives, « c'est même s'assurer la récidive, l'accroissement des « fragments laissés en place étant de règle ». (Lenormant et Verdun).

Les tumeurs siégeant dans la région cervicale postérieure, sont en général plus faciles à enlever que celles

de la région antérieure, car la région postérieure est moins riche en nerfs et en vaisseaux et les tumeurs sont moins diffuses.

Il existe une indication formelle au traitement chirurgical : ce sont les signes de compression.

En absence de troubles, on opérera les malades qui réclament l'intervention pour des raisons d'esthétique ; on s'abstiendra chez les malades pusillanimes.

Etant donnés les bons résultats obtenus dans un certain nombre de cas, par la médication endocrinienne, on pourra commencer par soumettre le malade à ce traitement (opothérapie pluriglandaire de préférence). Mais celui-ci ne devra pas être prolongé trop longtemps sans succès ; les résultats opératoires seront d'autant meilleurs, qu'on aura moins attendu : les tumeurs seront plus réduites, donc plus faciles à enlever complètement et par conséquent les risques opératoires moindres et les récidives moins fréquentes.

Le traitement endocrinien pourra d'ailleurs être continué après l'opération, comme dans le cas de Lenormant qui après avoir extirpé « le collier cervical » obtient une diminution des autres tumeurs par l'administration de thyroïdine.

Les résultats opératoires ont été analysés par Lenormant et Verdun.

Si la mortalité opératoire est nulle, on a fréquemment observé quelques complications en particulier la section des vaisseaux et nerfs du cou. On a surtout blessé ou coupé le spinal, difficile à cliver de la masse grasseuse. Dans les cas de grandes dissections, on a observé du sphacèle des lambeaux cutanés dans les jours suivants. Les cicatrices chéloïdiennes ne sont pas rares,

Sur 21 cas analysés par Lenormant et Verdun, 8 ont guéri, 8 autres chez lesquels l'ablation avait été complète ont présenté un accroissement des portions laissées en place, ou même ont vu évoluer de nouveaux lipomes. Les cinq derniers ont été des récidives vraies avec évolution d'une lipomatose généralisée.

Étant donnés les bons résultats obtenus par Faulong et Kipfer, Gouriou Andoyé et L. Chevalier nous conseillerons s'il existe aux membres inférieurs des troubles vasomoteurs et trophiques de type syringomyélique de les traiter par la *sympathectomie périmorale*.

Enfin quel que soit le traitement employé, nous rappellerons qu'il ne faut pas perdre de vue l'influence favorable exercée par le régime et la physiothérapie. Mme Astaourouff cite le cas d'Ehrenwald dans lequel l'abstention de l'alcool, le régime et le séjour à la campagne avaient amené la régression des tumeurs et le retour à la santé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Observ. personnelle)

A. 36 ans, né à Rennes le 31 février 1901, chauffeur mécanicien, entre dans le service de M. le Docteur Marquis le 18 mai 1937, pour de volumineuses tumeurs de la région cervicale.

Début de la maladie : août 1933.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents collatéraux : 9 frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : à 20 ans, crise d'albuminurie par intoxication, qui disparaît après trois mois de régime.

Au mois d'août 1933, le sujet fait une très forte angine qu'il soigne pendant quelques jours.

Quatre à cinq jours après la disparition de l'angine le cou augmente de volume, envahi par une graisse diffuse sans nodules.

Le cou grossit ainsi pendant 2 ou 3 mois jusqu'à atteindre le sternum, donnant l'aspect du cou proconsulaire. A ce moment il s'arrête de grossir.

Il n'y a aucune douleur, mais seulement lourdeur apathie, céphalées tenaces, insomnie, transpiration intense.

Des applications locales de pommades ne donnent rien.

En octobre 1935, le malade est opéré par le docteur Laffite qui lui enlève du cou à peu près un kilo de tissu graisseux. L'état général s'améliore, céphalées et douleurs disparaissent.

En décembre 1935 le sujet ressent une douleurs dans les parties latérales et postérieures du cou accompagnées d'une soif intense, inextinguible. La masse graisseuse se reconstitue latéralement et en arrière du cou de façon symétrique puis elle envahit peu à peu les épaules, la poitrine, les reins.

Ces néoformations sont précédées toujours d'une douleur sourde qui disparaît, quand la masse graisseuse apparaît, faisant place à une simple pesanteur.

En juillet 1936, le malade éprouve des troubles visuels, brouillard devant les yeux, perte de la sensation de distance, ceci pendant trois mois environ.

En octobre 1936, il rentre à l'Hôtel-Dieu de Rennes dans le service du docteur Pellé.

Sous l'influence d'un traitement endocrinien, on constate une légère amélioration de l'état général, mais les masses graisseuses ne diminuent pas de volume.

De plus à cette époque, on constate l'apparition à la jambe gauche et à la face dorsale des deuxième orteils des deux pieds de petites plaques superficielles saignantes qui n'ont pas tendance à s'étendre ni à s'infecter.

En mai 1937, le malade passe dans le service du Docteur Marquis qui lui conseille d'entrer au centre anticancéreux. Il lui arrive le 18 mai.

Le 24 mai 1937. — Anesthésie générale. Incision de la région deltoïdienne.

Immédiatement sous la peau on rencontre du tissu lobulé, plus ferme que la graisse ordinaire. On en prélève un morceau.

Le 29 mai 1937. — Examen histologique par le docteur Chevrel qui montre que les divers fragments sont composés par des lobules adipeux. Ces lobules sont orientés autour d'axes conjonctivo vasculaires très développés.

En aucun point des fragments, il n'a été constaté autre chose que du tissu adipeux, histologiquement il s'agit de lipome.

7 Juin 1937. — Anesthésie locale.

On trouve une tumeur extrêmement adhérente, n'ayant aucun point de clivage peu lobulée comme le lipôme ordinaire. C'est une masse graisseuse qui envahit toute la région et qui est en certains points adhérente à la peau.

1^{er} Juillet 1937. — Anesthésie au rectanol, complétée par le chloroforme.

On s'attaque à une masse lipomateuse située dans la fosse sous maxillaire présentant le volume de deux poings, elle est adhérente à la peau et dans la profondeur. Elle est fusionnée avec les glandes sous maxillaires et parotidiennes. Elle émet des prolongements avec la base du crâne.

La dissection est extrêmement laborieuse.

On réussit finalement à l'extraire. Hémostase et fermeture.

L'azoturie était de 159,54 par litre.

L'azotémie était de 0 gr. 33.

La constante d'Ambard 0.098.

Phénol = 25 %.

OBSERVATION II

Gouriou, Audoyé et L. Chevalier

(Soc. Méd. des Hôpitaux, 22 oct. 1937)

Georges G..., 50 ans, inscrit maritime, boulanger sur les navires de commerce, entre à l'hôpital maritime de Sainte-Anne de Toulon le 19 décembre 1935, avec le diagnostic de lymphadénome du cou et infiltration du poumon droit.

Il y a sept ans environ, on a constaté l'apparition de tuméfactions symétriques siégeant d'abord à la nuque puis dans les régions sous mentales et sous parotidiennes et au niveau des dernières vertèbres dorsales. Indolentes, elles ont augmenté progressivement de volume et de façon symétrique. Plus récemment se sont manifestées des tuméfactions comparables dans les régions axillaires et inguinales.

Un examen anatomo pathologique pratiqué, au niveau de la nuque, montra qu'il s'agissait uniquement de tissu graisseux.

Un traitement radiothérapique pratiqué pendant trois mois amena un ramollissement des masses sans diminuer leur volume.

Depuis avril 1935, G... a maigri de 15 kilos et se plaint d'une fatigue générale qui l'empêche de se livrer au moindre travail.

Le sujet, de constitution apparente forte, a une taille de 1 m. 66 pour un poids de 79 kilos ; il existe un contraste marqué entre le tronc massif et les membres inférieurs grêles.

Les tuméfactions symétriques à prédominance cervicale siègent :

1. --- En avant du tragus (volume d'une grosse noix).
2. — Dans les régions cervico latérales et sous mentales, au bord du maxillaire inférieur, à un travers de doigt des clavicules avec ébauche du sillon médian, séparant les deux masses.
3. — Dans les régions de la nuque, les deux masses symétriques, la grande la plus volumineuse, s'étendent dans les deux régions rétro auriculaires, séparées des précédentes par un sillon, situé à l'aplomb du conduit auditif externe, et se rejoignant en arrière, leur séparation étant marquée par une ébauche du sillon médian.
4. — Dans la région cervicale postérieure s'étendant jusqu'à deux travers de doigt de l'épine de l'omoplate.
5. — Dans les régions axillaires (gros seur d'une mandarine).
6. — Dans les régions inguino-crurales avec prédominance de la masse gauche.
7. — Dans la région sacro--lombaire, masse peu développée.

Ces masses indolores ont une consistance lipomateuse, la peau est normale à leur surface, et il existe une petite élévation de la température locale, dans toute la région située au-dessus des mamelons, ainsi qu'une circulation collatérale marquée dans les régions pectorales.

Dans la région inguinale gauche on note seulement deux ganglions peu développés, durs, sans périadénite.

Les mensurations indiquent :

Partie saillante cervicale.....	72 cm.
Encolure.	64 cm.

Périm. axillaire.	105 cm.
Périm. Mammel.	101 cm.
Périm. Fessier.	90 cm.

Les membres inférieurs sont le siège de petites varices plus accentuées, au niveau du creux poplité, et de cicatrices jambonnées sur les faces antéro externes des deux jambes, avec petit godet d'œdème pré tibial.

Il existe une érythro cyanose de la face dorsale du pied gauche .

Rien a retenir de l'examen de l'appareil digestif, denture en mauvais état, pas de leucoplasie buccale ni linguale, foie dans les limites, toucher rectal négatif.

La rate n'est palpable ni percutable .

Cœur normal. Tension = 14/9 au Pachon.

Bonne perméabilité artérielle des membres inférieurs à l'exploration oscillométrique.

Reflexes tendineux, photomoteurs et cutanés normaux.

Pas de troubles de l'équilibration. La sensibilité est normale.

Ni toux, ni expectoration : on note cependant des signes de cortico pleurite de la base droite.

La radio montre une transparence très satisfaisante des sommets et des plages.

Ombres hilaires renforcées peut-être un peu, mais sans adénopathie appréciable.

Les différents examens de laboratoire donnent les résultat suivants :

Gl. R. 4188000

gl. B = 68000	{	Poly nucl. neutroph....	76 %
		eosinoph..	2 %
		lymphocyte.	16 %
		monocyte.	6 %

Hémoglobine. 90 %
Urée sanguine. 0 gr. 36
Cholestérol. 1 gr. 70
Acide urique. 0 gr. 05
calcémie. 92 cg
glycémie. 1.08 cg

Urines normales.

Métabolisme nasal = 22 %.

Radiog. du crâne : rien de particulièrement net. La selle turcique est peut-être un peu aplatie.

Une biopsie pratiquée le 8 décembre 1936 au niveau de la nuque, montre qu'il s'agit de tissu fibro lipomateux sans dégénérescence. L'inoculation pratiquée en janvier 1936, donne un résultat négatif. Aucune lésion tuberculeuse au cobaye sacrifié.

G... quitte l'hôpital le 21 janvier 1936. Le traitement suivant est conseillé :

Iodure de K. opothyroïdine Byla, Dinitra , alterné par périodes de dix jours.

Le malade échappe à notre surveillance, et ne revient qu'en février 1937. On constate alors que sous l'influence du traitement, les masses lipomateuses en particulier celles de la nuque et celles de la région sous mentales ont subi une fonte importante. En effet de nouvelles mensurations indiquent :

Partie saillante cervicale, 61 cm.

Encolure, 51 cm au lieu de 64.

La fonte des masses a commencé à être importante trois semaines après le début du traitement et s'est poursuivie de façon progressive.

Le traitement a été suivi de façon régulière pendant trois périodes de un mois, séparées par des repos de vingt jours. Il n'a provoqué aucun trouble et s'est

accompagné seulement d'une augmentation de la sensation de lassitude déjà signalée par l'intéressé lors du premier examen.

Sensibilité objective très émoussée au niveau des pieds et des jambes, avec anesthésie des maux perforants plantaires. Thermo analgésie au-dessus des genoux.

Reflexes rotuliens normaux avec légère prépondérance à droite.

Les achilléens ne se produisent qu'après une percussion forte et un certain retard.

Ni trépidation épilptoïde, ni clonus du pied. Signe de Babinski et manœuvre d'Oppenheim positif des deux côtés.

Pas de modification des reflexes aux membres supérieurs, la force musculaire est conservée.

Reflexes cutanés abdominaux, crémastériens, médiopubiens normaux.

Pas d'Argyll Robertson, pas de troubles de l'équilibration, ni aucun signe de lésions cérébelleuses.

Tremblement fibrillaire des doigts peu accentué, légère cyanose aux mains.

Les fonctions génitales sont un peu déficientes depuis cinq mois, l'érotisme est conservé.

L'examen des divers appareils ne montre rien de surajouté depuis un an, si ce n'est une légère matité des deux sommets avec inspiration rude et expiration prolongée au sommet droit. Essoufflement rapide à la marche, légère pollakyurie nocturne.

Les examens radiographiques indiquent :

Poumons : les deux sommets uniformément voilés.

PIEDS. — *Pied droit.* — Contours très irréguliers de la phalange ungueale du gros orteil. Ostéo-arthrite,

métatarso phalangienne du cinquième orteil. La tête du métatarsien est dentelée, floue, une gaine de périostite ossifiante s'étend jusqu'au $1/3$ moyen de la diaphyse.

Pied gauche. — La 1^{re} phalange du cinquième orteil est fracturée, le fragment distal est décalcifié. La première phalange du 3^e orteil est élargie avec géodes claires. Ostéoarthrite de l'articulation métatarso phalangienne du gros orteil. La base de la 1^{re} phalange est très élargie et érodée. Nécrose de la tête du métatarsien avec géodes internes. Taches floues de périostite le long de la diaphyse qui est plus large et plus dense que celle du côté droit.

Rachis. — Rien à retenir en dehors de becs ostéophytiques aux angles des corps vertébraux dans la région lombaire.

L'examen électrique des muscles et des nerfs des membres inférieurs donne des réponses normales, au courant galvanique et faradique. Ni germes ni cristaux à l'examen microscopique des sécrétions des maux perforants.

L'exploration oscillométrique des membres inférieurs à l'appareil de Pachon donne :

I'o — cou de pied droit 6.5

I'o — cou de pied gauche 8.

Après bain froid :

I'o — cou de pied droit 3.5 revient à 6.5 après 30'

I'o — cou de pied gauche 5. revient à 8. en 15'

Après bain chaud :

I'o — à droite 8 revient à 6.5 en 10'

I'o — à gauche 3.5 revient 8 en 15'.

Nous constatons après le bain chaud à gauche une réaction paradoxale.

Tenant compte des résultats favorables obtenus par Gilbert Dreyfus, Saracovich d'une part, May Faulong et Kipfer d'autre part, nous faisons pratiquer le 5 janvier 1937, une sympathectomie périfémorale à gauche, avec ablation des ganglions en avant de l'artère.

Cette opération a été suivie six heures après d'une impression de chaleur manifeste, avec sensation de battements artériels dans le mollet gauche et sudation abondante.

L'exploration oscillométrique donne des indices sensiblement égaux aux deux pieds.

L'état du malade par la suite s'est considérablement amélioré, et le 12 juin, le mal perforant plantaire gauche était complètement cicatrisé, et la sensation de lourdeur du membre inférieur avait complètement disparu.

Par contre aucune amélioration ne s'était manifestée au membre inférieur droit.

Les résultats d'une nouvelle exploration oscillométrique pratiquée donnèrent :

L'o pied droit 7 — après bain froid 7; bain chaud 9.5

L'o pied gauche 8 — après bain froid 5; bain chaud 7

L'études des reflexes : mobilité, sensibilité, montre qu'ils n'ont subi aucune altération au niveau des membres inférieurs.

Radiographie du pied gauche.

1° Apparition d'une volumineuse production ostéophytique sur le bord externe de la diaphyse du premier métatarsien.

2° Une géode claire à l'extrémité distale du 1^{er} métatarsien. On a l'impression qu'un sequestre s'est éliminé.

3° Petite page claire au niveau de l'extrémité proximale de la phalange du gros orteil en dedans. L'examen anatomo pathologique, pratiqué lors de l'opération des ganglions inguinaux a montré :

Tissu ganglionnaire hyperplasié. Volumineux centres germinatifs. Assez nombreux plasmocytes. Réaction fibreuse dissociant le tissu lymphoïde. Pas d'inflammation spécifique. Il ne s'agit ni d'une tumeur maligne, ni de maladie de Hodgkin.

OBSERVATION III

(Bulletin et Mémoires de la Société Médicale
des Hôpitaux, Février 1937)
Duvoir Pollet et Herrenchmidt

R... Antoine 64 ans, camionneur entre dans notre service à l'hôpital Saint-Louis pour des douleurs lombaires.

D'emblée on est frappé par l'aspect particulier que donne cet homme, l'existence de nombreuses masses lipomateuses, à peu près symétriquement disposées. La nuque est déformée par deux tuméfactions polylobées de la surface d'une paume de main qui s'étendent de la région mastoïdienne jusqu'à la région médiane postérieure du cou. Celui-ci présente en avant une masse en fer à cheval qui allant d'un angle maxillaire à l'autre relie directement le menton à la région sus sternale. Par ailleurs on note un lipome sus acromial du côté gauche dont l'homologue au dire du malade, aurait existé quelques années auparavant.

Deux lipomes sont appendus au 1/3 supérieur de la face postérieure des bras.

Deux masses lipomateuses symétriques sus et sous ombilicales.

Deux petits lipomes cruraux.

Une volumineuse masse lipomateuse lombaire polylobée et symétrique, recouvrant la face postérieure des ailes iliaques de la cinquième lombaire au sacrum, jusqu'à la naissance du sillon interfessier.

Par contre, il n'existe pas de tuméfaction, ni dans les zones ganglionnaires cervicales ou axillaire, ni au thorax, ni aux extrémités des membres.

Assez nettement limitées, molles indolentes, les masses lipomateuses seraient apparues, il y a plus de quinze ans, ce que confirme le fils de notre malade, qui ayant dépassé la trentaine a toujours connu a son père l'aspect physique qu'il présente actuellement.

Tout ceci est banal ; seul est extrêmement particulier l'aspect de la langue, le bord droit de celle-ci est en effet déformé par deux nodules du volume d'une noisette, un peu allongée d'arrière en avant, la tuméfaction commençant environ à la pointe de la langue.

La muqueuse qui les recouvre a conservé sur sa face dorsale son aspect ordinaire, tandis que latéralement elle a pris une teinte jaune caractéristique.

De consistance ferme, les deux nodules sont enchassés dans la masse musculaire de la langue, dont on ne peut les séparer, mais ils sont indépendants de la muqueuse, qui glisse parfaitement sur eux.

Sur le bord gauche de la langue, symétriquement, s'ébauchent des tuméfactions analogues.

Il n'existe aucune gêne, ni de la mastication, ni de la phonation, et l'indolence des lésions est telle que si étrange que cela puisse paraître, le malade aurait jusqu'à notre examen ignoré leur existence. Ajoutons qu'il est presque édenté.

Les caractères des tumeurs signalés imposent le diagnostic de lipome. Leur immobilisation leur durcissement avec les contractions de la langue permet de les classer avec Pozzi parmi les lipomes intra musculaires, car les lipômes sous muqueux sont mobiles et pseudo fluctuants. Aussi après qu'eut été contrôlé au miroir l'absence de tout lipôme à la base de la langue, l'exérèse ne fut pas tentée, et seule fut pratiquée par notre collègue M. Sylvain Blondin, une biopsie dont l'examen fut confiée au docteur Maurice Delaville.

Des colorations furent faites au soudan III à l'hémalum érythrosine safran, au trichrome Masson.

L'examen des préparations montra qu'il s'agissait d'une tumeur, constituée dans son ensemble par de gros éléments adipeux abondamment chargés de graisse parfaitement colorables au Soudan.

De fortes cloisons fibreuses, divisent la tumeur en petits lobules. A aucun endroit les éléments cellulaires ne présentent de signes de différenciation. A l'une des extrémités de la tumeur on trouve un épithélium malpighien sans altérations histologiques.

Dans les couches sous épithéliales on note la présence de rares éléments leucocytaires et un peu plus profondément celle de plusieurs fibres striées.

De l'examen général, outre l'existence de quelques signes d'éthylisme chronique il y a seulement à retenir tension artérielle a 18/9 de vagues déformations des mains et du rachis, les unes traumatiques, les autres rhumatismales.

Enfin un état variqueux des membres inférieurs.

OBSERVATION IV

May Faulong et Kipfer

(Bulletin et Mémoires de la Société des Hôpitaux

14 Mars 1937)

M. Bru... âgé de 45 ans, garçon de café est rentré le 13 octobre à l'hôpital Tenon pour un double mal perforant plantaire et une adénolipomatose symétrique.

On trouve en effet chez lui des masses symétriques siégeant dans les régions voisines des territoires ganglionnaires ; sous maxillaire, nuque, mammaire, avilaire inguinale.

A la palpation, ces masses sont molles, mobiles sur les plans profonds, un peu irrégulières, grumeleuses complètement indépendantes.

Leur apparition remonte a un dizaine d'années et aurait suivi l'ablation d'un lipome cervical datant de 4 à 5 ans auparavant et qui était resté isolé.

L'examen a permis de trouver en outre une masse lipomateuse médiane, sus sternale ainsi que plusieurs masses scrotales symétriques.

Ce syndrome de lipomatose ne s'est accompagné d'aucun trouble fonctionnel ou douloureux.

Dix jours avant son entrée à l'hôpital le malade a constaté l'existence d'un double mal perforant plantaire siégeant aux gros orteils, au niveau de leur bord interne. Ce sont des ulcérations peu profondes non suintantes, assez fortement augmentées de volume bien que la radio ne révèle à leur niveau aucune altération osseuse.

La circulation artérielle est normale, ainsi que la pression. L'indice oscilométrique varie entre 6 et 7

à la cheville. Il existe par contre des troubles vasomoteurs marqués. Les extrémités sont cyanosées, facilement couvertes de sueurs, tantôt chaudes, tantôt froides.

A l'examen neurologique, la mobilité et la force musculaire sont normales, mais il existe des troubles de la réflectivité et de la sensibilité. Les reflexes rotuliens sont vifs presque polycinétiques, mais ne s'accompagnent pas de clonus. La percussion des malléoles internes provoque une flexion de la jambe sur la cuisse et une adduction de la cuisse, diffusant du côté opposé.

Les reflexes achilléens sont normaux, le reflexe cutané plantaire est normal à gauche.

A droite l'excitation plantaire a déterminé tantôt une flexion du gros orteil, tantôt une extension.

La manœuvre d'Oppenheim a montré une extension plus constante avec écartement des orteils en évantail.

Aux membres supérieurs les reflexes sont vifs, égaux symétriques.

La sensibilité tactile est normale, mais on constate des troubles de la sensibilité douloureuse et thermique sur un territoire cutané, comprenant la face dorsale des pieds et la moitié inférieure de la face antéro externe des jambes. La sensibilité profonde est à peu près normale.

Il n'existe pas d'autres troubles neurologiques, pas d'atteinte des nerfs craniens, les pupilles régulières réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

On ne note aucun signe cérébelleux.

La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien hypertendu, mais par ailleurs, absolument normal.

O,2 éléments et 0 gr. 20 albumine.

Bordet et Wasserman, négatifs.

L'examen des fonds d'œil n'a rien révélé de particulier et la tension de l'artère centrale est normale.

L'examen général est tout a fait négatif aucun antécédent, pas de stigmaté de syphilis.

Le malade n'est ni diabétique ni albuminurique.

Aucun membre de sa famille n'est atteint de lipomatose; seule sa sœur présente un lipôme localisé au bras.

OBSERVATION V

Olivieri (*Journal de Chirurgie*, mai 1929)

Un homme de 41 ans a constaté depuis un an la présence au niveau des régions sus claviculaires, de deux tumeurs graisseuses symétriques. Peu après une nouvelle masse s'est développée dans la région sus hyoïdienne. Il faut noter en outre une certaine sensation de fatigue, de vagues troubles gastriques et un certain degré de frigidité.

L'examen montre une infiltration presque myxœdémateuse de la peau.

Outre les masses situées à la base du cou, il y a des tumeurs analogues, dans la région mammaire au niveau des régions inguinale, deltoïdienne et sus pubienne.

On note en outre à la parité inférieure de la face une assez nette infiltration mélanodermique qui respecte la muqueuse voisine. Il y a une hypotension manifeste. Les testicules sont petits, infiltrés de graisse et non douloureux à la pression. La radiographie ne montre aucune altération de la selle turcique.

Le traitement fut a la fois chirurgical et endocrinien.

On fit l'ablation de deux masses sus claviculaires, qui fut très pénible et nécessita l'anesthésie générale. Il y avait comme toujours dans les cas pareils, une infiltration large de l'aponévrose profonde et même il fallut réséquer les faisceaux superficiels du sterno et du trapèze.

Le traitement chirurgical fut immédiatement suivi d'un traitement endocrinien à base de thyroïdine.

En effet malgré l'impossibilité de percevoir nettement la glande thyroïde les différents tests de l'insuffisance glandulaire étaient positifs, reflexe oculo cardiaque positif, positive l'injection de pilocarpine, négative l'épreuve de Gæsth et de l'atropine.

Le résultat de cette thérapeutique fut très bon. Il y eut régression des masses grasseuses dissimulées sur tout le corps, amélioration notable des manifestations glandulaires et reprise de l'activité sexuelle.

Dans les mois qui suivirent le sujet fit une chute de bicyclette, à la suite de laquelle il se fit une fracture du col fémoral qui se consolida en très peu de temps ce qui confirme le bon état de ses glandes andocrines.

Au point de vue histologique les masses lipomateuses se montrèrent constituées par du tissu adipeux, cloisonné par des faisceaux conjonctifs dans lesquels se trouvaient des vaisseaux intacts.

On y voyait aussi des fibres mucusaires dont quelques-unes étaient altérées. Enfin quelques glandes lymphatiques absolument normales.

OBSERVATION VI

Claude R. Bocca (*Documentaire médical*, juin 1936)
(Observation résumée)

Le 16 mars 1936. — C... J.-Baptiste entre dans le service pour douleurs auriculaires accompagnées d'érythème.

Depuis 2 ou 3 ans développement exagéré du volume du cou et des régions inguinales.

Depuis 15 jours température à 38°, poussées d'érythème polymorphe avec arthralgies.

Le malade présente un aspect particulier : un énorme double menton de consistance pâteuse ;

On y perçoit des masses ganglionnaires, à la nuque deux énormes saillies ayant les caractères de masses lipomateuses, sans participation des ganglions. Sur la paroi abdominale des masses allongées dans le sens des grands droits qui remonteraient à 14 ans.

Aux plis inguinaux et triangle de scarpa : saillies demi-molles et demi indurées par places.

Rien au niveau des aisselles.

Petite masse adénolipomateuse dans le creux sus claviculaire gauche.

La palpation des masses lipomateuses est indolore.

Diagnostic à l'entrée : Poussée d'érythème noueux chez un sujet atteint d'adénolipomateuses de date ancienne.

Il existe un certain degré d'anémie avec hyperleucocytes

globules rouges : 2.935.000

globules blancs : 11.440.

Augmentation de 15 % du métabolisme basal.

Le 25 mars 1936. — Apparition d'œdèmes assez importants au niveau des membres inférieurs, œdèmes qui envahissent également les membres supérieurs.

La poussée d'œdème s'est accompagnée d'une augmentation considérable des masses lipomateuses du cou, de la nuque, des aines. De plus l'œdème apparaît dans le creux sus claviculaire gauche.

En même temps essoufflement dû à la compression médiastinale, par gonflement des ganglions trachéo-bronchiques ; somnolence continue avec cornage bruyant.

Le 15 avril. — La poussée d'érythème s'efface avec desquamation de plus en plus marquée, l'œdème se résorbe rapidement, le malade peut se lever.

Le 29 avril. — On prescrit XV gouttes de Lugol par jour. Le traitement étant mal supporté on le remplace par du sirop iodotannique.

Le 1^{er} mai 1936. — Le cou est redevenu comme il était avant l'éruption.

Nouvel examen du sang :

Globules rouges : 3.070.000.

Globules blancs : 6.760 cm³.

OBSERVATION VII

Paul Michon (*Presse médicale*, 18 avril 1936)

(Observation résumée)

Paul Michon présente un malade de 41 ans porteur de masses lipomateuses symétriques rétro auriculaires et pétragiennes, des masses médianes à la région pré-sternale haute et à la nuque ; aux régions deltoïdiennes, pectorale scapulaire et abdominale une infiltration diffuse et symétrique.

Le début remonte à dix ans et s'est fait aux faces latérales du cou et région prétagienne de façon rigoureusement symétrique.

L'évolution est progressive :

Le malade nous apprend que son grand père paternel était porteur d'une tuméfaction en collier analogue à la sienne et qu'il présentait ensuite des nodosités siégeant sous la peau des bras et des cuisses. La ressemblance entre le grand père et le petit-fils était frappante.

La sœur aînée du malade présente symétriquement au dessus de chaque clavicule une masse de consistance lipomateuse du volume de la moitié d'une mandarine.

On note une imprégnation éthylique caractériste et soutenue.

« Cuisinier, puis cafetier, il boit encore passablement de bière, des apéritifs secs, du rhum, notamment deux grogs quotidiens. Puis il s'est généralement suralimenté, particulièrement en corps gras, abusant des œufs, et absorbant chaque nuit un litre à un litre et demi de lait non écrémé. »

OBSERVATION VIII

Piessinger et Ravina (*Société Médicale des Hôpitaux*,
juin 1924)

Le malade que nous avons l'honneur de présenter est porteur d'une adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale.

Il réalise au plus haut point, l'aspect typique de cette curieuse maladie qui tire surtout son intérêt de sa morphologie si spéciale.

On ne retrouve chez notre malade, qui exerce la profession d'employé de bureau, aucun antécédent pathologique important.

Il y, a sept ans il a constaté la présence d'une petite tuméfaction située derrière l'oreille droite, puis il a assisté progressivement au développement d'une lipomatose, d'abord symétrique, puis étendue à différentes parties de l'organisme et qui présente actuellement tous les caractères primordiaux décrits par Launois et Bensaude : symétrie, diffusion, localisation élective.

A côté de la lipomatose cervicale se sont développés des lipomes dans les régions sus claviculaires, mammaires, à la face externe et interne des bras, dans les régions parasacrée-fessière, à la cuisse et au creux poplité.

Les extrémités des membres sont indemnes jusqu'à l'heure actuelle.

Ces lipomes ont lentement augmenté de volume sans arrêt et sans alternative de rémission et d'aggravation.

Ils ne s'accompagnent pas de symptômes de compression, il n'y a pas de gêne respiratoire. La voix est monotone et sourde. Un examen laryngoscopique pratiqué il y a quelques mois par le Docteur Lermoyez s'est montré négatif.

Objectivement on ne constate qu'une circulation collatérale importante dans la région de l'épaule droite.

La radioscopie n'a pas montré l'existence d'ombres médiastinale appréciable.

L'état général est bon; le cœur et les poumons se montrent normaux à l'examen stéthacoustique et radioscopique.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le malade se plaint de quelques vertiges passagers et de douleurs vagues au niveau des jambes, nous n'avons malheureusement pas pratiqué jusqu'ici de biopsie ni examen de sang.

L'hypothèse primitive qui consiste à invoquer une inflammation primitive et chimique des ganglions paraît peu satisfaisante pour la raison que ces lipomes se montrent non seulement dans les régions ganglionnaires, mais aussi dans leur voisinage plus ou moins éloigné.

OBSERVATION IX

Moreira Da Fonseca (*Nutrition*, n° 5, 1933)

Un homme de 58 ans, rentré dans le service du Professeur Couto.

En 1912. — Le patient a observé que ses formes se modifiaient par l'augmentation de certaines zones du corps, surtout de la région cervicale postérieure.

Ensuite les portions latérales du cou, le thorax et l'abdomen furent attaqués à leur tour.

En deux ou trois ans ces tumeurs se sont généralisées avec prédominance au cou et à l'abdomen.

Le nombre et le volume de tumeur embarrassaient le patient. Il se fit opérer par le Professeur Calvacante. Le malade a été opéré plusieurs fois, mais les tumeurs se mélangeaient de tissu musculaire de telle manière que cinq seulement purent être retirées avec leurs capsules; la plupart furent opérées partiellement à cause de leur adhérence aux tissus. On n'a pas trouvé de ganglions lymphatiques au milieu de

ces tumeurs. Elles étaient formées de graisse avec nodules plus ou moins endurcis, de couleur jaune d'œuf et très saignantes.

Les plaies chirurgicales saignèrent avec abondance, et la cicatrisation en fut très lente.

Six mois après le malade reprit ses occupations, mais rapidement et se sentit très faible et les tumeurs augmentèrent progressivement et apparurent de nouveaux lipomes. Le malade est rentré dans le service du Professeur Couto, le 27 juin 1916.

L'examen a montré une quantité énorme de tumeurs de plusieurs volumes, diffuses, circonscrites, lisses, lobulées, arrondies, allongées, saillantes ou non, mais toutes symétriques, disposées des deux côtés et dont seulement quelques-unes restaient à la ligne médiane. Les lipomes sont répandus par la surface du corps, épargnant les extrémités des membres et le cuir chevelu.

L'appareil circulatoire était en bon état, sensibilité et reflexes normaux, appareil visuel normal, état mental très bon. Les fonctions sexuelles étaient éteintes.

L'examen du sang a montré une grande lymphocytose et une diminution des monocytes.

L'examen radiologique a montré la selle turcique très augmentée de volume avec destruction des apophyses clinoides postérieures.

Comme traitement on a employé l'iodure de potassium à haute dose et surtout l'opothérapie hypophysaire qui a donné des résultats remarquables.

A cette thérapeutique les grands lipomes diminuaient de volume et les petits disparaissaient.

OBSERVATION X

Favre (El Gébali, Thèse de Lyon 1937)

G... Jean, 59 ans, mécanicien entre dans le service du Professeur Favre, le 18 janvier 1937.

Il se présente dans le service pour des douleurs lombaires.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Le malade a toujours eu pendant sa jeunesse une excellente santé. Il a fait deux ans de guerre sans aucun accident grave. Il a exercé le métier de mécanicien de chemin de fer pendant seize ans. Il nie la spécificité.

En 1928, accident hépatique. Un médecin consulté constate la présence d'une ascite, et à la ponction retire 5 à 6 litres. Le malade reste au régime lacté pendant 4 mois puis il se remet progressivement. Il continue un régime jusque vers 1931. A ce moment tout allant bien, il se remet à manger normalement.

Le 3 janvier à l'occasion d'un léger effort le malade ressent une vive douleur dans la région lombaire droite qui l'empêche de continuer son travail. Il se couche et reste au repos complet à la maison jusqu'à son hospitalisation.

Pendant cette période, l'appétit est conservé, il ne présente pas de fièvre.

Examen. — On se trouve en présence d'un sujet de forte corpulence, obèse à musculature forte et faciès rouge.

On note le développement de masses lipomateuses à la nuque, dans la région pérимандibulaire, à la face

supéro externe des deux cuisses. Elles ont le caractère classique des masses de la lipomatose symétrique.

C'est un sujet encore vigoureux, chez qui on ne trouve pas de signes nets de cirrhose.

L'abdomen est simplement volumineux, distendu.

Il faut tenir compte de l'épaisseur considérable du tissu cellulaire adipeux. Il est impossible de se rendre compte de l'état du foie qui ne paraît pas hypertrophié. Pas de splénomégalie.

L'examen thoracique est négatif.

La tension artérielle est de 14/20.

Système nerveux. Pas de signe d'Argyll-Roberstson.

Les reflexes rotuliens et achiléens sont conservés.

On note un léger œdème de la malléole interne avec quelques éléments purpuriques.

A noter également une atrophie testiculaire bilatérale surtout marquée à droite.

OBSERVATION XI

J. Murard (*Revue de Chirurgie*, 1921)

C... François, 34 ans, rentre dans le service de M. Cordier, le 16 décembre 1917, pour une tuméfaction des régions sous maxillaires et préalaryngée.

L'histoire de la maladie remonte en juin 1914, où commença à apparaître une tuméfaction de la région sous maxillaire des deux côtés, qui s'étendit rapidement à la région parotidienne mais prédominait du côté gauche.

Le malade l'attribua à une crise de maux de dents récente.

Traitée par des application sde pommades, elle régressa pour disparaître.

Elle reparait en août 1914. La localisation est identique mais s'étend en outre à la région préalaryngée.

La maladie présente des alternatives d'augmentation et de regression.

L'examen montre une série de tumeurs, de dimension diverses, réparties symétriquement de chaque côté de la ligne médiane.

1° Dans les deux régions sous maxillaires.

2° Dans la région pharyngée — une tumeur médiane.

3° En arrière et au dessous des mastoïdes.

4° Au niveau de chaque articulation temporo-maxillaire.

Toutes ces tumeurs ont une consistance molle et sont absolument indolores, mobiles sur les plans profonds.

On trouve d'autres tumeurs, au niveau des aisselles, régions épitrochléennes, triangle de scarpa.

L'examen du sang montre une formule normale.

Le malade est soumis à des séances de radiothérapie, 8 séances de janvier à mai 1918 — sans amélioration.

Le 15 mai on l'envoie en convalescence.

Il rentre à nouveau dans le service en août et novembre 1918. — Les tumeurs ont sensiblement augmenté de volume.

L'intervention est décidée, et acceptée, par le malade.

Elle a lieu en deux temps.

Première intervention, 30 novembre 1918. — Extirpation isolée de la masse sus sternale. Non seulement elle occupe le creux sus sternal, mais elle plonge de chaque côté sous le sterno-mastoïdien, sous forme de cordes infiltrant le paquet vasculo-nerveux carotidien.

Examen microscopique. — Tumeur graisseuse pure. En aucun point on ne découvre de zones différenciant de la masse qui reste très homogène. La parotide peut être élevée, elle est normale. La glande sous maxillaire reste distincte de la tumeur; elle n'est ni épaissie ni augmentée de volume. Les petits ganglions situés à son voisinage sont d'apparence tout à fait normale et très clivales. Les suites opératoires sont simples.

Deuxième intervention, 30 décembre 1918. — On fait du côté gauche la dissection de la région sous maxillaire et carotidienne infiltrée par des coulées lipomateuses qui suivent chaque pédicule vasculaire, accompagnant le canal de Wharton, le tronc thyro linguo-facial, les gros vaisseaux jugulo-carotidiens. La disposition reproduit symétriquement celle du côté droit. La glande sous maxillaire est complètement englobée dans la masse lipomateuse, mais elle en reste distincte. Elle est d'ailleurs normale.

Examen histologique. — Les coupes ont montré qu'il s'agissait d'un lipôme pur; en aucun point, on n'a trouvé de figures anormales. Des fragments de la glande sous maxillaire et des ganglions ont présenté un aspect absolument normal.

OBSERVATION XII

Paul Chevalier (*Société de dermat. et syphilig.*

14 novembre 1935)

(Observation résumée)

Un homme de 61 ans nous est adressé, parce qu'il présente depuis quelques mois des adénopathies.

On trouve dans les deux aisselles des ganglions.

A gauche. — On en sent deux gros comme des noix, un autre ganglion plus volumineux encore est collé à droite de la trachée, et le pôle supérieur, et la partie moyenne de cette tumeur allongée apparaissent à côté du corps thyroïde au-dessus de l'orifice osseux du thorax.

Ces ganglions sont fermes mais un peu dépressibles. Ils sont insensibles.

En outre, la partie externe du sein droit est reliée à l'aisselle par une peu épaisse mais large infiltration demi-ferme, grumeleuse et peu sensible au toucher ; infiltration qui ne modifie pas l'aspect de la peau.

L'examen du sang montre avec les globules rouges et les plaquettes normales :

11.200 globules blancs dont 75 % neutrophiles,
1 eosinophile,
0,5 matzelle,
2,5 lymphocytes,
et 18,5 monocytes.

Il existe quelques polynucléaires à granulations dites toxiques. Aucune autre adénopathie ; pas de ganglions hilaires ; rate normale.

Nous ne faisons pas de diagnostic.

Le malade a une famille fortement entachée de tuberculose, lui-même est indemne, ni l'examen clinique, ni la radio ne montrent de lésions pulmonaires. Il nous avoue aussi avoir la syphilis depuis une dizaine d'années et ne pas se soigner depuis longtemps.

Wasserman, Hecht et Kahn négatifs.

Nous essayons un traitement antisypilitique (sulfarsénol à petites doses 3 fois par semaine).

L'infiltration du sein disparaît, les adénopathies cessent de croître mais persistent.

Nous demandons au docteur Wilmoth d'enlever un gros ganglion.

Le chirurgien tombe sur des grosses tumeurs graisseuses et malgré une exploration soigneuse ne peut dans toute la région axillaire découvrir un seul ganglion.

La masse enlevée est une masse graisseuse ovoïde, grosse comme une noix qui contient le reste d'un ganglion avec une calotte de capsule, du tissu lymphoïde et une grosse masse de tissu adipeux de structure normale.

Le malade continue d'être suivi, il reçoit un traitement anti-syphilitique régulier actuellement par le bismuth.

Les tumeurs pseudo-ganglionnaires sont stationnaires, elles nous paraissent même avoir régressé.

Ces lignes étaient écrites en mai 1934, alors que nous finissions la première série de bismuth.

En juillet nouvelle série de 12 injections de bismuth. A la fin de cette série les pseudo adénopathies sont presque disparues.

Le bismuth est continué en octobre, novembre et décembre 1933; en février, mars, mai, juin 1935.

Dès octobre 1934, il ne reste plus que de tout petits noyaux un peu plus durs qui ont persisté depuis, comme des séquelles.

Ils ne dépassent pas la taille d'un haricot et sont parfaitement latents.

OBSERVATION XIII

Ménétrier, Bernard et Derville (Soc. des Hôpitaux de Paris 1924)

(Observation résumée)

Il s'agit d'un homme de 56 ans, tailleur de pierre. Le début de l'affection semble remonter à 1895.

A cette époque, à la suite d'une extinction de voix qui ne dura que quelques jours, il constata à la région cervicale antérieure la présence d'une tuméfaction diffuse, molle, de développement récent.

Celle-ci augmente progressivement et assez rapidement, sans le gêner d'aucune façon.

A dater de ce jour, apparaissent d'autres masses toujours symétriquement dans différentes régions du corps au cours d'une longue période qui s'étend de 1895 à 1923.

Avec le développement de ces masses, la fatigue apparaît et s'accroît à tel point que le malade doit cesser tout travail en janvier 1923.

Dans les antécédents, il n'y a rien à signaler.

Ce qui frappe, c'est le développement considérable du cou, dans lequel la tête semble enfoncée, tant est énorme le bourrelet qui occupe la région cervicale antérieure.

Cette grosse tuméfaction décrit un croissant autour du maxillaire inférieur et remonte latéralement jusqu'à la partie inférieure du pavillon de l'oreille.

En hauteur la masse s'étend jusqu'à plus d'un travers de main au dessous du menton. Cette tuméfaction est mobile avec les mouvements de la tête et se déplace parallèlement à celle-ci.

A la palpation elle est de consistance inégale, généralement molle, lobulée, pseudo-fluctuante, présentant par places des nodosités résistant à la pression et peu nombreuses sur les parties latérales.

Ce lipome sans limites précises, se continue par une masse, intéressant la région clavi-pectorale.

Celle-ci entoure la tuméfaction péri-cervicale en un bourrelet de cinq travers de doigt environ et s'étend sous forme de deux prolongements droit et gauche, qui descendent obliquement en bas et en dedans devant le thorax, pour aboutir aux régions mammaires très développées (volume de 2 poings).

Cette même masse se prolonge en descendant sur les membres inférieurs dont elle masque les saillies musculaires. De consistance plus ferme que les masses cervicales, elle présente les mêmes caractères de mobilité et d'indolence.

Les régions inguino-crurales sont occupées par deux grosses tuméfactions de forme ovale d'une hauteur de six à dix centimètres, à grand arc oblique en bas et en dedans, s'arrêtant à la partie moyenne de la face interne des cuisses, elles prolongent à ce niveau par un petit bourrelet qui continue la même direction.

Mollasses, dépressibles, elles n'adhèrent pas à la peau qui est plissée à leur surface.

Les testicules semblent de volume normal.

Le malade étant vu de dos on constate à la nuque, des masses en croissant séparées de la ligne médiane par une dépression verticale et s'étendant en dehors jusqu'à l'oreille.

Au dessous, occupant la région supérieure du dos, grosse tuméfaction, plus développée à gauche qu'à droite.

Sur celle-ci sur toute la hauteur du dos existent des petits amas lipomateux.

Au niveau des lombes : enfin une masse diffuse beaucoup moins prononcée que toutes les autres est située de chaque côté de la colonne vertébrale.

Les faces postérieures des membres sont indemnes et d'aspect normal. L'examen des viscères n'a rien décelé de pathologique.

L'opothérapie hypophysaire et thyroïdienne successivement employée ne donnèrent pas d'amélioration notable.

Le 2 octobre 1928 le malade fut opéré d'une de ses tumeurs inguino-crurales par le Professeur Hartman. La cicatrisation en fut très lente. Le 29 février 1924 à la suite de quelques troubles consistant en une légère oppression, bradycardie peu prononcée, obnubilation intellectuelle, le malade mourut sans avoir présenté aucun phénomène aigu ni brutal.

Etude anatomique. — La masse de l'aîne gauche enlevée. La graisse s'y trouve disposée en lobes et lobules hypertrophiques, plus volumineux que ceux du tissu graisseux sous cutané et présentant une ordination différente, formant une tumeur indépendante du pannicule adipeux.

Quelques ganglions lymphatiques situés dans la masse grasseuse, s'y présentent avec la même disposition que les ganglions lymphatiques, situés normalement dans le tissu grasseux cutané de la région inguinale. Ces ganglions ne font pas corps avec la masse grasseuse, ils en sont indépendants, simplement juxtaposés aux lobules adipeux avoisinants.

A l'examen microscopique le lipôme se présente avec les mêmes caractères qu'un lipome commun.

On retrouve la même constitution que dans le tissu grasseux sous cutané, mais on note une ordination indépendante en tumeur distincte et un développement plus grand des cellules adipeuses considérées individuellement.

Le cœur est mou, flasque; dilaté, jaunâtre, l'aorte légèrement athéromateuse, pas de lésion mitrale ni pulmonaire, myocarde de texture normale.

Poumons. — Tubercule fibreux disséminés, mais prédominant aux sommets. Adhérences pleurales limitées au sommet gauche, Lésions œdémateuses dans un certain nombre de territoire.

Larynx. — Entouré de graisse dans laquelle sont disséminés des ganglions légèrement augmentés de volume et très pigmentés. On y trouve des nodules fibreux d'aspect cicatriciel dûs à des lésions tuberculeuses anciennes.

Les reins présentent des lésions de néphrite scléreuse diffuse avec épaissements fibreux régulièrement intertubulaires et généralisés.

Foie. — Dilatation généralisée des vaisseaux capillaires avec abondance de cellules polynucléaires. Début

de cirrhose. Nodules lymphatiques périportaux dont certains représentent nettement des follicules tuberculeux avec cellules géantes et centres dégénératifs.

La Rate. — Est le siège d'une endertérite diffuse, présente des nodules diffus fibreux à la surface de la capsule.

Cerveau. — Œdème très marqué de la pie mère et substance cérébrale. Cavun et ventricule remplis de liquide. Existence d'un foyer de ramollissement récent occupant le noyau lenticulaire de l'hémisphère droit, avec thrombose de la sylvienne.

Corps thyroïde et surrénales sont normales.

A l'examen macroscopique l'hypophyse paraît atrophiée, mais au microscope on tissu est normal.

Les autres organes ne présentent aucune modifications.

OBSERVATION XIV

Barboneix et Duruy (Soc. Méd. des Hôpitaux 1926)
(Observation résumée)

D..., 44 ans, marchand de journaux entre à l'hôpital le 3 août 1936, pour une polyurie dont il est difficile de préciser le début.

En juillet 1923 dans le service du Professeur Sergeant sa polyurie a été observée pour la première fois : 8 litres par 24 heures.

Il ne sait quel a été le premier phénomène en date, polydipsie ou polyphagie.

La polydipsie est gênante, il ne peut rester plus d'une heure sans boire. La polyphagie ressentie au début a disparu.

Polyurie surtout nocturne, il y a en même temps incontinence d'urine.

Le volume des urines est de 4 l. 250 par 24 heures. Elle ne contient ni sucre ni albumine.

C'est avant tout un dystrophique.

Taille, 1 m. 47.

Poids, 52 kgs 300.

Brachycéphale, cou et membres courts, tête rentrée dans le thorax.

Les régions sous maxillaires mastoïdiennes et lombaires sont le siège de masses adipeuses sous cutanées.

L'infantilisme génital est très net.

Le membre supérieur droit présente des séquelles d'une paralysie infantile.

Pas d'autres signes nerveux.

On note un clangor aortique.

La tension est de 13/7.

Un foie débordant de deux travers de doigt le rebord costal.

Léger œdème malléolaire bilatéral.

Urée = 0,89 0/00.

Radio du crâne = selle turcique normale.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XV

Launois et Bensaude (Soc. Méd. des Hôpitaux 1935)
(Observation résumée)

Mathias K..., âgé de 32 ans, maréchal-ferrant.

Présente au niveau de la région sous mentonnière une tuméfaction diffuse en forme de croissant, allant

d'un angle de la mâchoire à l'autre. Sa consistance est molle pâteuse, demi fluctuante, le centre est occupé par une masse dure et régulière du volume d'une mandarine; en la prenant à deux mains on s'aperçoit qu'elle est mobile dans tous les sens. A la face au niveau de chaque région pré-auriculaire existe une saillie allongée, ayant les formes et les dimensions d'une amande.

La région parotidienne est absolument libre.

Les deux fossettes latérale rétromastoïdiennes de la nuque sont comblées par des tumeurs arrondies, en partie recouvertes par les cheveux.

A la partie inférieure de la nuque au niveau de la proéminence existe une tumeur peu développée.

A la racine de chaque oreille on trouve une tumeur de forme triangulaire dont la partie moyenne forme un relief assez accusé.

Par une palpation attentive on retrouve facilement des grappes ganglionnaires hypertrophiées.

Il existe chez le malade un certain degré d'apathie, de méfiance. Intelligence relativement bornée.

Anémie avec hyperleucocytose.

Asthénie.

Le début remonte à cinq ans, c'est par hasard que, on lui fit remarquer que son cou avait grossi.

Alcoolique invétéré, depuis l'âge de 15 ans, il use et abuse des liqueurs spiritueuses.

Antécédents familiaux : Alcoolisme du père.

Obésité d'une sœur.

OBSERVATION XVI

Lenormant et Verdun (*Revue de Chirurgie* 1908)

(Observation résumée)

Homme de 35 ans, de bonne santé habituelle, ni tuberculeux, ni syphilitique vient à l'hôpital pour des tumeurs de la région cervicale qui sont apparues deux ans auparavant.

A l'examen on constate un double menton, entourant le maxillaire inférieur à la forme d'un croissant dont les cornes viennent se perdre dans la région carotidienne.

En arrière on trouve une volumineuse tumeur médiane, arrondie, à limites assez confuses, on trouve également dans la région lombaire deux petits plastrons arrondis.

On est surtout frappé à l'examen des différents appareils, par une atrophie des testicules, une réduction de volume du corps thyroïde et un développement anormal des glandes mammaires.

Opération en deux temps. Revu quelques mois après l'intervention le malade présente des cicatrices normales. Mais apparition de nouvelles masses graisseuses et développement de celles laissées en place.

OBSERVATION XVII

Achard et Leblanc (*Soc. Médic. des Hôpitaux*,

18 juillet 1913)

(Observation résumée)

Del..., 48 ans, tourneur sur métaux entre à l'hôpital Necker le 7 juillet 1913.

Antécédents. — A contracté la syphilis à 37 ans. De 37 à 40 ans s'est soigné avec des pillules de proto-iodure de Hg. — A été irrégulièrement traité au moment des poussées eczémateuses.

Diabète. On trouve du sucre de façon inconstante dans l'urine.

Depuis quatre ans douleurs dans le pied gauche, surtout au gros orteil.

Il y a quatre mois un durillon s'est formé à la face plantaire du gros orteil gauche, puis une petite plaie qui a progressivement augmenté d'étendue et de profondeur laissant s'écouler du pus, puis un liquide louche.

Il y a deux ans des tuméfactions ont apparu symétriquement aux régions sous-maxillaires envahissant les régions latérales du cou, au niveau du sterno-cleido mastoïdien.

Elles ont la consistance molle, lobulée, des lipômes. D'autres masses occupent les régions sus claviculaires. Le malade entre à l'hôpital parce qu'il se sent fatigué, qu'il a les jambes enflées et que son mal perforant l'inquiète.

Les urines contiennent 14 grammes de Glucose pour les urines de 24 heures.

1 gr. 5 pour 1000 d'albumine au tube d'Esbach.

Léger œdème des membres inférieurs.

Cœur : normal.

Poumons : un peu d'emphysème.

Le foie déborde un peu les fosses côtes.

Les reflexes rotuliens sont diminués.

Le reflexe achilléen est diminué à gauche, aboli à droite bien que le mal perforant siège à gauche.

Aux membres supérieurs les reflexes sont normaux.

La fonction sexuelle est très affaiblie depuis près de deux ans.

Douleurs au gros orteil gauche, zone d'hypoesthésie autour du mal perforant.

Il n'y a pas de troubles sensoriels, les reflexes pupillaires sont normaux.

Le malade présente une certaine dépression psychique, parle lentement, tristement, se plaint d'idées noires. Il dit que sa mémoire s'est affaiblie depuis quelques mois. Il paraît un peu somnolent mais ne paraît pas avoir eu d'attaque de Narcolepsie.

OBSERVATION XVIII

Cade et Cordier (Bulletin de la Soc. Médic. de Lyon,
Novembre 1907)

Il existe chez le malade des tuméfactions symétriques siégeant en différents points du corps. Paroi abdominale, région lombaire, fosse sous épineuse, nuque, région sous maxillaire et latéro cervicale, région axillaire, sus claviculaire et inguinale.

Ce sont des tuméfactions sans limites précises qui ont tout a fait la consistance de masses lipomateuses.

Sous l'influence d'une marche un peu rapide, d'une fatigue, il éprouve une sensation de faiblesse, de raideur des membres inférieurs en même temps que des crampes d'ailleurs peu douloureuses dans les jambes.

La sensation de faiblesse est telle qu'elle oblige le malade à s'arrêter et à s'asseoir.

Au membre inférieur gauche douleurs qui paraissent symptomatiques d'une sciatique.

Reflexes rotuliens exagérés, clomus de la rotule, trépidation épiloptoïde à la fatigue.

OBSERVATION XIX

Mollard et Chattot (Observation résumée)

(Bulletin de la Soc. Médic. des Hôpit. de Lyon
Mars 1908)

Ch. Noël 51 ans, voiturier rentre le 21 janvier 1908 à l'hôpital Saint-Pothain, pour une tumeur de la région lombo sacrée accompagnée de phénomène douloureux lombaires et dans les membres inférieurs, ayant amené l'impossibilité de travailler.

Il existe d'autres tumeurs dans les régions sous ombilicale, sous maxillaire, parotidienne, sus claviculaire, inféro latéral du thorax, antérolatéral de l'abdomen, face postérieure des bras, pli du coude, triangle de Scarpa partie supéro externe des cuisses.

Elles sont à peu près symétriques étalées en masse dans le tissu cellulaire sous cutané, indolores de consistance lipomateuse, à petits nodules de forme d'amanche plus ou moins nettement isolables.

Les reflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, pas de clomus du pied, ni de la rotule.

La sensibilité à la douleur est très diminuée aux deux pieds et dans les deux jambes, la sensibilité au contact est normale partout.

La sensibilité thermique normale à la cuisse est très diminuée aux pieds et aux jambes, la distinction entre le chaud et le froid est imparfaite, il y a souvent confusion.

Ces troubles sensitifs n'ont pas une topographie nettement segmentaire ou radiculaire, la face et le tronc sont indemnes.

Il existe aussi quelques troubles trophiques : un peu d'atrophie des muscles des deux éminences thénar une cyphose légère, scoliose dorsale à convexité droite, un mal perforant plantaire sous la tête du premier métatarsien droit.

OBSERVATION XX

Danlos et Sourdel. (Observ. résumée)

(Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 10 avril 1908)

Il s'agit d'une malade déjà présentée en 1901 par Launois et Camus et présentant des masses lipomateuses symétriques à prédominance cervicale.

En février 1906, elle a commencé à souffrir un peu des pieds qui ont été le siège de panaris analgésiques avec élimination de la sequestres (panaris de Morvan) et à l'occasion desquels elle a fait plusieurs séjours à Beaujon et un à Saint-Louis (du 18 juillet au 24 août 1907).

Aucun trouble de la sensibilité au contact, sensibilité à la douleur conservée partout, sauf à la plante des pieds et sur la moitié antérieure de leur face dorsale.

En ces points un coup d'épingle même profond n'est d'abord senti que comme contact, mais si l'on renouvelle plusieurs fois dans la même région la piquûre, la douleur reparaitra par sommation.

Rien de constant pour la sensibilité à la chaleur, le même tube chargé d'eau chaude ou d'eau froide à

quelques secondes d'intervalle sur les mêmes points de la peau, est déclaré par le malade chaud ou froid.

Les pieds ont l'apparence de pieds de pachyderme, épaissis de haut en bas et raccourcis d'avant en arrière principalement par atrophie des gros orteils qui sont réduits à des moignons.

La disparition du squelette sur les gros orteils est presque complète à gauche, moins avancée à droite.

Indépendamment de ces lésions osseuses, on constate sur la plante du pied gauche des traces de maux perforants aujourd'hui guéris. Sur la plante droite, ulcération grande comme une pièce de vingt sous (qui serait au dire de la malade consécutive à l'élimination d'un sequestre en ce point) et ayant tout à fait l'aspect d'un mal perforant.

CONCLUSIONS

1. La lipomatose symétrique diffuse, à prédominance cervicale, est une maladie de l'homme adulte. Son apparition est favorisée par l'hérédité, l'alcoolisme, les intoxications et les infections de toutes sortes.

2. Elle semble liée à des troubles endocrino-sympathiques, insuffisance hypophysaire, troubles trophiques dus au système végétatif avec hypofonction génital et thyroïdienne.

3. Les tumeurs sont constituées par des masses graisseuses diffuses. Il n'y a pas de réaction ganglionnaire; les rares ganglions rencontrés parfois au milieu de la graisse sont normaux.

4. Les tumeurs s'observent principalement au niveau de la région cervicale et donnent au malade un faciès piriforme; d'autres masses se rencontrent au niveau de la ceinture scapulaire, du dos, et de la racine des membres et de l'abdomen.

Les troubles observés sont dus surtout à la gêne apportée par le développement de ces masses et à la compression qu'elles peuvent exercer.

5. L'évolution est généralement lente et progressive; les tumeurs étant essentiellement bénignes, en dehors

des rares cas où le malade succombe à des troubles de compression, la mort est dûe à une maladie intercurrente.

6. Le traitement consistera à s'adresser d'abord à l'opothérapie pluriglandulaire, et les masses continuent à s'accroître et surtout si des complications apparaissent, à pratiquer l'ablation chirurgicale des tumeurs.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de Thèse,

GOSSET.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFINEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et LEBLANC. — Soc. Médic. Hôp. Paris, 1913.
ASTAUROFF (Mme). — Thèse de Paris, 1903.
BALZER et BURNIER. — Soc. Franç. de dermat., 1911.
BARBONEIX et DURUY. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 1926.
BAUMEL et GIRAUD. — Montpellier Médical, 1914.
BINET et VAIVRAND. — Province Médicale, 1911.
BLINDMAN. — Thèse de Paris, 1914.
BOCCA. — Documentaire Médical, 1936.
CADE et CORDIER. — Bull. Soc. Méd. de Lyon, 1907.
CARON. — Thèse de Paris, 1908.
CHEVALIER (Paul). — Soc. de Dermatologie, 1935.
CREMIEUX. — Thèse de Montpellier, 1904.
DEVIC, LORAS et H. BLANC. — Presse Médicale, 12 février 1938.
DUVOIR POLLET et HERRENCHSMIDT. — Soc. Méd. des Hop, Paris, 1908.
EL. GEBALI. — Thèse de Lyon, 1937.
FIESSINGER et RAVINA. — Soc. Méd. Hop. Paris, 1924.
GOURIOU, AUDOYÉ et L. CHEVALIER. — Soc. Méd. Hop. Paris, 22 décembre 1937.
HASSENDORFER et MEUNIER. — Arch. de Méd. et Pharm. milit. avril 1935.
JOUON. — Rev. d'Orthopédie, Paris, 1908.
LABBÉ. — Presse Médicale, 1901.
LAUNOIS et BENSAUDE. — Bull. Mem. Soc. Méd. Hop. Paris, 1898 et 1901.

- LENORMANT et VERDUN. — Revue de chirurgie, 1909.
LENORMANT. — Bull. et Mem. Soc. Chirur. 1914.
LERI. — Bull. Soc. Franç. de dermat. et syphilis.,
Paris, 1926.
LÉPER, PERRAULT et PERROT. — Doc. med. Juin, 1937
LOWENSTEIN. — Klinische wochenschrift, 1929.
MARSAJ. — Revue Sud Américaine Chirurgie, 1931.
MAY FAULON et KIPFER. — Bull. mem. soc. méd.
Hop. Paris, 1937.
MENETRIER, BENARD et DERVILLE. — Bull. mém. Soc.
Méd. Hop. Paris, 1924.
MICHON. — Presse médicale, 1936.
MILLIAN et BRIZARD. — Bull. Soc. Franç. dermat.
syphil., 1920.
MOLLARD et CHATTOT. — Bull. Soc. méd. Hop. Lyon,
1908.
MOREIRA DA FONSECA. — Nutrition, 1933.
MURARD. — Revue de chirurgie, 1921.
OLIVIERI. — Journ. de Chirurgie, 1929.
PONCET. — Bull. et mém. soc. chir., 1910.
RATHERY et BINET. — Bull. et mém. soc. méd. Hop.,
Paris, 1912.
RAVOIRE. — Gazette Médicale de France, 1935.
RECLUS. — Thèse de Paris, 1898.
ROCHE. — Soc. méd. de Genève, 1908.
ROUYÈRE. — Thèse de Bordeaux, 1915.
TAPIE. — Thèse de Paris, 1900.
THIROILOIX et SAIGET. — Bull. et Mém. Soc. Méd.
Hop. de Paris, 1908.

